



ปีที่ 11 ฉบับที่ 33 กันยายน - ธันวาคม 2566

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ISSN : 2286-9255





เจ้าของ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

ISSN : 2286-9255

ที่ปรึกษา

นพ.นิสิต	ศรีสมบูรณ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
นพ.วิบูลย์	ภักขบตีกรณ์	รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
พญ.อรกัญญา	ฉิมพาลี	รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นพ.ชนาธิป	ไชยเหล็ก	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
-----------	----------	------------------------

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

พว.ชนากานต์	อนันตริยกุล	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
-------------	-------------	------------------------

คณะบรรณาธิการ

ศ.นพ.สมบูรณ์	เทียนทอง	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (เกษียณอายุราชการ)
นพ.สุทัศน์	โชตนะพันธ์	สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง
ดร.นพ.ระพีพงศ์	สุพรรณไชยมาตย์	สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
นพ.รักษพงศ์	เวียงเจริญ	โรงพยาบาลมะการักษ์
ผศ.ดร.นงนุช	วงศ์สว่าง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ดร.ปริญญาภรณ์	ธนะบุญปรวง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี
ภก.ชัยยุทธ	เจตียนุวัตร	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19
ทพญ.อัญชนา	ตันติวงศ์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
พว.ณัฐศิกา	ไคร์ครวญ	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
ภก.พินิจ	ธราภูมิพัฒน์	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ฝ่ายจัดการวารสาร

นายวันชัย	ทับทิม	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
-----------	--------	------------------------

กาญจนบุรีเวชสารเป็นวารสารทางการแพทย์ราย 4 เดือน กำหนดออกในเดือน มกราคม พฤษภาคม และ กันยายน

สำนักงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
โทร. 034-587800 ต่อ 1122-25

Website <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/PPHJ/>

E-mail address phaholonline@gmail.com

กาญจนบุรีเวชสาร

สารบัญ

รายละเอียดกาญจนบุรีเวชสาร	1
สารบัญ	2-3
บรรณาธิการแถลง	4
ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับ ความรู้สึกโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี อุไรวรรณ ตั้งสุพัตกุล, ชนาگانต์ อนันตริยกุล	5-16
ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี วัลลีย์ ตั้งกิจจาวิสุทธิ, ชนาگانต์ อนันตริยกุล	17-29
ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ คาสายสวนปัสสาวะ สมสกุล บัวประเสริฐ	30-43
การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ: กรณีศึกษา ชลาลัย นริสศิริกุล	44-64
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเสบาร์ของพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พิสมัย เชื้อทอง, ชนาگانต์ อนันตริยกุล	65-76

Kanchanaburi Medical Journal

Contents

Kanchanaburi Medical Journal Detail	1
Contents	2-3
Editor's Note	4
The Effects of Video Media on Preparation of Patients for One Day Surgery and Minimally Invasive Surgery at Phahol Pre-Anesthetic Clinic Phaholpolphayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province Uraiwan Tangsuppatkul, Chanakan Anuntariyakoon	5-16
Effects of the Bowel Preparation Program for Outpatient Colonoscopy In Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province Wanlee Tangkitjawisut, Chanakan Anuntariyakoon	17-29
The Effect of Urinary Catheterized care Program on Caregivers in Urinary Catheterized Patients Somsakul Buaprasert	30-43
Nursing care for Multiple Trauma Patients with Hemothorax and Liver Injury: A Case Study Chalalai Narissirikul	44-64
The Effectiveness of Using SBAR Communication Program at Phaholpolpayuhasena Hospital (Phahol Electronic SBAR) Pissamai Chuatong, Chanakan Anuntariyakoon	65-76

ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึก
เพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กที่คลินิกประเมินผู้ป่วย
ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

The Effects of Video Media on Preparation of Patients for One Day Surgery
and Minimally Invasive Surgery at Phahol Pre-Anesthetic Clinic
Phaholpolphayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province

อุไรวรรณ ตั้งสุพัตกุล^{1*}, ชนาکانต์ อนันตริยกุล¹
Uraiwan Tangsuppatkul^{1*}, Chanakan Anuntariyakoon¹

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): go2maew@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มดำเนินการวิจัยระหว่าง กรกฎาคม-สิงหาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 50 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือสื่อวีดิทัศน์การให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึก ส่วนกลุ่มควบคุมให้ความรู้ตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบบันทึกอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ independent t-test

ผลการศึกษา: คะแนนความรู้การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกของทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 13.80 ± 1.49 และ 16.44 ± 1.31 ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 14.56 ± 3.03 และ 19.56 ± 1.85 ($p < 0.001$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปผลการศึกษา: การให้คำแนะนำและให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่ดูจากสมาร์ทโฟนและกลับไปดูที่บ้านได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมหรือการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ดังนั้นการใช้สื่อวีดิทัศน์จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการให้ความรู้การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด

คำสำคัญ: สื่อวีดิทัศน์การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย, การให้ยาระงับความรู้สึก, การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ, การผ่าตัดแผลเล็ก

Abstract

Objectives: To study the effect of using video media on the preparation of patients receiving anesthesia for one day surgery and minimally invasive surgery at the pre-anesthetic clinic.

Methods: The quasi-experimental research with two groups of pre- experimental and post-experimental design was conducted between June and August 2023. One hundred patients were included by purposive sampling and divided equally into two groups. The control group received standard pre-operative information by nurse anesthetists whereas the experimental group received standard information plus video media. Patient's knowledge was assessed using a self-report questionnaire at the pre-operative clinic for baseline and again on the day of surgery. The number of surgical cancelations or postponements was also recorded. Within the groups data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test and between the groups using independent t-test.

Results: The mean score of patient knowledge in both groups was significantly higher than baseline. In the control group, the baseline and after-experimental mean scores were 13.80 ± 1.49 and 16.44 ± 1.31 ($p < 0.001$). For the experimental group, the baseline and after-experimental mean scores were 14.56 ± 3.03 and 19.56 ± 1.85 ($p < 0.001$) which was higher in the experimental group than in the control group ($p < 0.001$).

Conclusions: Using video media, repeatedly played on a smart phone, for patient preparation to receive anesthesia and one-day surgery or minimally invasive surgery at the preoperative patient assessment clinic was able to increase pre-operative patient knowledge and reduced surgical cancellation due to patient's improper conditions. Therefore, video media should be an alternative for patient education before anesthesia and surgery.

Keywords: Video media on the preparation of patients, Anesthesia, One day surgery, Minimally invasive surgery.

บทนำ

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ และการผ่าตัดแผลเล็ก ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2561 จนถึงปัจจุบัน การพัฒนาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานและความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยกันแก้ปัญหากระบวนการและระยะเวลา

แต่ละคนแตกต่างกัน ไม่ได้จัดไว้ ไม่มีใบแจ้งเตือนสิ่งที่ต้องปฏิบัติ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาสื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ที่มารับบริการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกด้วยการให้ความรู้ตามปกติของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม และในกลุ่มทดลองที่ให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกด้วยสื่อวีดิทัศน์
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง
3. ศึกษาอุบัติการณ์การงด/เลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

วิธีการวิจัย

รูปการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง(two-groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ ว่าต้องผ่าตัดหรือส่องกล้อง และมีใบนัดผ่าตัดแบบวันเดียวกลับที่ส่งมาประเมินก่อนรับบริการให้ยาระงับความรู้สึกที่คลินิกประเมินก่อนผ่าตัดแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2566 จำนวน 100 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับหรือรับการผ่าตัดแผลเล็ก ที่มารับบริการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด มีอายุ 18-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง 2) เป็นผู้ป่วยที่มี ASA physical status classification (ASA class) ระดับ 1-2 3) ไม่มีปัญหาด้านสติปัญญา ทางารได้ยิน การมองเห็น สามารถอ่านออกเขียนได้สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี มีสมาร์ทโฟน (smart phone) ที่สามารถสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code) ได้ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและมีเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงจนไม่สามารถเข้ารับการผ่าตัดตามนัดได้หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1.1 สื่อวีดิทัศน์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างสื่อวีดิทัศน์จากการศึกษาค้นคว้าจากตำราวิทยุวิทยุวิทยา การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แนวทางปฏิบัติการเตรียมพร้อมก่อนระงับความรู้สึกของราชวิทยาลัยวิทยุ โดยเนื้อหาสาระรายละเอียดในสื่อวีดิทัศน์ดังนี้

- ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ (procedural information) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและขั้นตอนของการรักษา การเตรียมก่อนการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด การเลือกชนิดการระงับความรู้สึก และการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับก่อน ขณะและหลังการระงับความรู้สึก

- ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก (sensory information) อธิบายสภาพหรือสถานการณ์ที่ผู้ป่วยต้องประสบ โดยรู้สึกจากการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ รูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาจมีอาการปวดแผล ก็จะมียาบรรเทาอาการบรรเทาให้ ในผู้ป่วยที่มาส่งกลัองลำไส้ใหญ่ ก็อาจจะรู้สึกอยากผายลมก็สามารถทำได้

- ข้อมูลการให้คำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติ (behavioral and coping instruction) อธิบายถึงพฤติกรรมดูแลตนเอง เช่นการงดน้ำงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง ก่อนผ่าตัด การทำความสะอาดร่างกาย การจัดทำ การหายใจ การจัดการความเจ็บปวด อาการไม่พึงประสงค์เช่น คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น เป็นต้น

- ข้อมูลการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญความเครียด (coping skills information) เป็นข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการเผชิญสถานการณ์ที่มาคุกคามอย่างเหมาะสมในการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียด วิตกกังวล ดังนั้นต้องมีวิธีจัดการความเครียด การทำสมาธิ การหลับตาสูดหายใจเข้าออกปกติ หรือหายใจเข้าออกลึก ๆ การบอกตัวเองให้สงบ เป็นต้น

- ภาพถ่ายจากเหตุการณ์จริงประกอบคำบรรยาย และแสดงภาพส่วนประกอบและอักษรคำบรรยาย สื่อวีดิทัศน์ที่มีทั้งเสียงและภาพประกอบ พร้อมให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนการระงับความรู้สึก

1.2 เอกสารใบคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยที่มารับการประเมินที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ประสบการณ์ผ่าตัด ประวัติการได้รับข้อมูล หรือคำแนะนำก่อนผ่าตัด ประสบการณ์ได้รับยาระงับความรู้สึก ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา

2.2 แบบสอบถามความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกเป็นแบบทดสอบความรู้ที่ผู้วิจัยนำมาจากงานวิจัยที่ได้จากการศึกษาค้นคว้า ตำราเอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ ครอบคลุมข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก และจากประสบการณ์การทำงานจำนวน 20 ข้อ การให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

2.3 แบบบันทึกจำนวนรายงานอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัด เนื่องจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย วิทยาลัยแพทย์ 2 ท่าน วิทยาลัยพยาบาลผู้ที่มีความชำนาญ 2 ท่าน พยาบาลห้องผ่าตัด 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา ด้านภาษา ความเหมาะสมและความสอดคล้องของสื่อวีดิทัศน์ภาษาที่ใช้ เวลาที่เหมาะสม ความน่าสนใจและนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้
2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา แล้วนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คนและนำข้อมูลจากการทดลองใช้ มาวิเคราะห์ความเที่ยงตรง โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson:KR 20 ผลการตรวจสอบเท่ากับ 0.75

การดำเนินการวิจัย

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ จำนวน 20 ข้อ ก่อนให้ความรู้และคำแนะนำในเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก ตามที่ปฏิบัติกันเป็นประจำโดยการให้ความรู้ด้วยวาจาและแจกเอกสารแผ่นพับ ให้ผู้ป่วยกลับไป และวันที่มาผ่าตัดก็จะให้ทำแบบทดสอบชุดเดิม และเก็บอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั่วไปและแบบทดสอบความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก โดยให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ จำนวน 20 ข้อ ก่อนให้ความรู้และคำแนะนำด้วยวาจา และให้สแกน QR Code เพื่อเปิดดูวีดิทัศน์ เรื่องคำแนะนำการเตรียมความพร้อม การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก และเมื่อถึงวันที่มาผ่าตัด (หลังจากวันเตรียมความพร้อม 1 สัปดาห์) ก็จะให้กลุ่มทดลองทำแบบทดสอบชุดเดิม อีกครั้ง และเก็บอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมที่ให้อาสาสมัครเตรียมความพร้อมก่อนระงับความรู้สึกด้วยวาจา (แบบเดิม) และแจกเป็นเอกสารแผ่นพับให้ผู้ป่วยกลับไป เมื่อครบตามจำนวนผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง

1. ผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเป็นผู้ป่วยที่นัดวันผ่าตัดแล้วและส่งมาประเมินก่อนการระงับความรู้สึกที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดเพื่อพบวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ เพื่อประเมินก่อนว่ามีความพร้อมสามารถให้บริการการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กได้
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รูปแบบการเก็บข้อมูล และเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (informed consent from) เป็นลายลักษณ์อักษรเก็บข้อมูลส่วนบุคคล และทำแบบสอบถามความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกแบบผู้ป่วยนอก หากผู้ป่วยไม่เข้าใจสามารถสอบถามผู้วิจัยได้

3. ผู้วิจัยให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยให้ผู้ป่วยหรือญาติใช้โทรศัพท์มือถือถ่ายภาพ และสแกน QR Codeการเตรียมความพร้อมก่อนมาให้การระงับความรู้สึก ให้ผู้ป่วยดูขณะรอรับการประเมินที่คลินิกเตรียมความพร้อมและประเมินก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยใช้เวลาดูเนื้อหา 7 นาที ผู้วิจัยแนะนำสอนจนมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถนำไปเปิดดูซ้ำที่บ้านได้ และให้ผู้ป่วยเปิดดูอีกครั้งในวันเดียวกันและในวันก่อนมาผ่าตัดหรือนอนโรงพยาบาล

4. ในวันผ่าตัด (หลังจากวันเตรียมความพร้อม1สัปดาห์) ผู้วิจัยให้ผู้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามความรู้เรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกอีกครั้ง ซึ่งเป็นชุดเดียวกับที่เก็บข้อมูลครั้งแรก เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจหลังได้รับคำแนะนำร่วมกับการดูสื่อวีดิทัศน์

5. บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องของผู้ป่วยในใบบันทึก

6. ดูแลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เสริมกำลังใจและสิ้นสุดการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกด้วยการให้ความรู้ตามปกติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองที่ให้ความรู้ในการเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกด้วยสื่อวีดิทัศน์ด้วยสถิติ paired t-test

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ย ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยสถิติ independent t-test

4. วิเคราะห์จำนวนครั้งการเกิดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยด้วยวิธีการแจกแจงความถี่ (frequency) เป็นจำนวนและร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2023-11 และได้ทำเอกสารชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลและแบบสอบถาม พร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัย ด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับจะถือเป็นความลับ และระหว่างการทำวิจัย หากผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการศึกษาก็สามารถทำได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่1ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54 และ 62) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 38 และ 36) สิทธิในการรักษา

ส่วนใหญ่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ (ร้อยละ 58 และ 62) ประวัติการผ่าตัดไม่เคยผ่าตัด (ร้อยละ 52 และ 56) มีความต้องการคำแนะนำ (ร้อยละ 94 และ 92) ประวัติการได้รับข้อมูลและคำแนะนำเคยได้รับคำแนะนำ (ร้อยละ 52 และ 54) ไม่เคยมีประวัติได้รับยาระงับความรู้สึก (ร้อยละ 60 และ 76) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64 และ 56) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกไม่เคยได้รับข้อมูล (ร้อยละ 72 และ 60) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=100)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	23	46.0	19	38.0
หญิง	27	54.0	31	62.0
อาชีพ				
งานบ้าน	7	14.0	5	10.0
รับจ้าง	11	22.0	14	28.0
เกษตรกร	12	24.0	10	20.0
ค้าขาย	6	12.0	12	24.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	14.0	3	6.0
ธุรกิจส่วนตัว	3	6.0	1	2.0
อาชีพอิสระ	4	8.0	5	10.0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	19	38.0	18	36.0
มัธยมศึกษา	15	30.0	16	32.0
อนุปริญญา	5	10.0	6	12.0
ปริญญาตรี	8	16.0	7	14.0
สูงกว่าปริญญาตรี	3	6.0	3	6.0
สิทธิในการรักษาพยาบาล				
ประกันสุขภาพ	29	58.0	31	62.0
ประกันสังคม	7	14.0	6	12.0
เบิกได้	14	28.0	13	26.0
ประวัติการผ่าตัด				
ไม่เคยผ่าตัด	26	52.0	28	56.0
เคยผ่าตัดมาแล้ว	24	48.0	22	44.0
ความต้องการได้รับคำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด				
ต้องการ	47	94.0	46	92.0
ไม่ต้องการ	3	6.0	4	8.0

ประวัติการได้รับข้อมูลและคำแนะนำก่อนผ่าตัด				
เคยได้รับคำแนะนำ	26	52.0	27	54.0
ไม่เคยได้รับคำแนะนำ	24	48.0	23	46.0
ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึก				
เคยวิธี GA ดมยาสลบ	14	28.0	10	20.0
เคยวิธี RA บล็อกหลัง	6	12.0	2	4.0
ไม่เคย	30	60.0	38	76.0
ประวัติโรคประจำตัว				
ไม่มี	18	36.0	22	44.0
มี	32	64.0	28	56.0
การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก				
ไม่ได้รับข้อมูล	30	60.0	36	72.0
ได้รับ	20	40.0	14	28.0

ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การเตรียมความพร้อมก่อนให้ยาระงับความรู้สึกของกลุ่มทดลองมีคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม(n = 50)					กลุ่มทดลอง(n = 50)				
	ก่อน		หลัง		p-value	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
คะแนนความรู้	13.80	1.49	16.44	1.31	<0.001	14.56	3.03	19.56	1.85	<0.001

ส่วนที่ 3 คะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ($p = 0.115$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คะแนนความรู้	กลุ่มควบคุม(n = 50)		กลุ่มทดลอง(n = 50)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ก่อนทดลอง	13.80	1.49	14.56	3.03	0.115
หลังทดลอง	16.44	1.31	19.56	1.853	<0.001

ส่วนที่ 4 อุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังจากการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึก แบบวันเดียว กลับและการผ่าตัดแผลเล็ก ไม่พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องของผู้ป่วย (ร้อยละ 0.0) (ตารางที่4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ การเกิดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากจากความไม่พร้อมของผู้ป่วยหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

อุบัติการณ์การงด/เลื่อนผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม (n=50)	3	6.0
กลุ่มทดลอง(n=50)	0	0.0

อภิปราย

งานวิจัยนี้ศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กที่คลินิกประเมินก่อนผ่าตัดที่โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา พบว่าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังรับชมสื่อสูงกว่าก่อนรับชม และสูงกว่าการให้คำแนะนำตามที่ปฏิบัติอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ไม่พบอุบัติการณ์ งดหรือเลื่อนผ่าตัด จากความไม่พร้อมของผู้ป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจารุจิต ประจิตรและคณะ⁽⁵⁾ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นและพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์มากสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารณ ศรีเมือง⁽⁶⁾ ที่พบว่าการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และช่วยลดความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมั่นใจ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส และคณะ⁽⁷⁾ ที่พบว่าการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้อง มากกว่าการสอนแบบบรรยาย สอดคล้องกับการศึกษาของจงดี ปานสุวรรณ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ⁽⁸⁾ ที่พบว่าหลังใช้สื่อวีดิทัศน์ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ความสะอาดลำไส้ระดับ 3 ขึ้นไปและมีความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนใช้สื่อสอดคล้องกับการศึกษาของสมฤทัย บุญชูดวง และคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่าการสอนแบบใช้วีดิทัศน์ ส่งผลให้สามารถฝึกหายใจได้ดีกว่าการฝึกหายใจแบบอธิบายตามปกติ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของศุภางค์ ดำเกิงธรรม และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าคะแนนความรู้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และความวิตกกังวลลดลงสูงกว่ากลุ่มควบคุม

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึกส่วนใหญ่ศึกษาในหอผู้ป่วยในแต่การศึกษานี้แตกต่างตรงที่ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการในคลินิกผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก (ODS&MIS) ซึ่งพบว่าผลดีเช่นกัน

สรุปผล

จากการศึกษาผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยที่มาใช้บริการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็กที่คลินิกประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโรงพยาบาลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล ได้รับความรู้การเตรียมความพร้อมผ่านสื่อวีดิทัศน์ ที่ดูจากสมาร์ทโฟน และกลับไปดูที่บ้านได้ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและมีคะแนนความรู้เฉลี่ย สูงขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์ การงัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อมของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรนำสื่อวีดิทัศน์นี้ไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนการระงับความรู้สึกในการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการติดตามผลของการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อเพิ่มความชัดเจนของผลการศึกษา
- 2.พัฒนาสื่อวีดิทัศน์แล้วนำไปเผยแพร่ในยูทูป เพื่อเผยแพร่ความรู้ให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นพ.สมเจตน์ เหล่าลือเกียรติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพลพยุหเสนา ศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย พ.ว.คำแพง หนูนารถ หัวหน้างานวิสัญญี โรงพยาบาลพลพยุหเสนา พ.ว.ยุพา สายอุบล อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลด้านการระงับความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาวิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. การกำกับทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาศัลยกรรม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. กองวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอแนะ ด้านการพัฒนาระบบบริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก. กรุงเทพฯ: จริยสนิเทศการพิมพ์; 2565.
3. มานี รักษาเกียรติศักดิ์. การประเมินผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2563.
4. มิ่งขวัญ วงษ์ยั้งสิน, อัมจิต วิทยาไพโรจน์, สมบูรณ์ เทียนทอง และคณะ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับคลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ก่อนการระงับความรู้สึกที่ให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับและการผ่าตัดแผลเล็ก โดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. วิสัญญีสาร. 2564;47(4):388-39.
5. จารุจิต ประจิตร, อศนี วันชัย, และ ศุภิสรา สุวรรณชาติ. ผลการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึกต่อระดับความรู้และความพึงพอใจต่อการสอน ผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัดแบบนัดหมายล่วงหน้า. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2563;26(1):45-57.

6. จุฬารณ ศรีเมือง. ผลการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยระยะเตรียมการผ่าตัดต่อมไทรอยด์แผนกหูคอจมูก โรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2565;30(3):387-398.
7. บุญธิดา ลิมาพงษ์ภาส, กาญจนา โกกิละนันท์, นงเยาว์ ธิติไพศาล และคณะ. ผลของการสอนก่อนผ่าตัดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และการปฏิบัติตนผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกด้วยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2558;9(1):1-7.
8. จงดี ปานสุวรรณ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัวความสะอาดของลำไส้และความวิตกกังวลในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลนาหม่อม. สุวรรณราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรินทร์. 2565;12(1):136-148.
9. สมฤทัย บุญชูดวง, วิภารัตน์ จุฑาสันติกุล, อำพรรณ จันทโรกร และคณะ. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ เรื่องการฝึกหายใจแบบมีประสิทธิภาพเพื่อเตรียมตัวก่อนได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2555;27(2):139-146.
10. ศุภางค์ ดำเกียรธรรม, ยุพาพร หงส์สามสิบเจ็ด และ เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล. ผลการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการระงับความรู้สึกต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกโรงพยาบาลแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2564;29(1):50-64.

ผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก

โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี

Effects of the Bowel Preparation Program for Outpatient Colonoscopy In Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi Province

วัลลีย์ ตั้งกิจจาวิสุทธิ พย.บ.^{1*}, ชนกานต์ อนันตริยกุล ป.พย.¹

Wanlee Tangkitjawisut, B.N.S.^{1*}, Chanakan Anuntariyakoon, Dip in Nursing Science¹

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): noko5678@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้และอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลองครั้งเดียว ดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือน สิงหาคม 2566 - มกราคม 2567 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอย่างละ 30 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกแบบประเมินระดับความสะอาดของลำไส้ (Boston Bowel Preparation Scale) และแบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนหรืองดการส่องกล้องลำไส้ใหญ่วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติไคสแควร์

ผลการวิจัย: ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับ excellent ร้อยละ 90.0 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีระดับความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับ excellent ร้อยละ 30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และไม่พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในกลุ่มทดลองแต่พบ 4 รายในกลุ่มควบคุม

สรุปผล: โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกที่สร้างขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่, ผู้ป่วยนอก

สามารถเข้ารับการตรวจตามกระบวนการได้ และภาพที่กล้องบันทึกได้ในลำไส้ใหญ่จะปรากฏบนจอโทรทัศน์ให้คุณภาพความคมชัดที่ดีและสามารถเก็บรายละเอียดภายในลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด ซึ่งให้ความถูกต้องแม่นยำในการตรวจรักษา⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และลดอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามหากพบในระยะแรกและได้รับการรักษาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะมีอัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีถึงร้อยละ 90 ปัจจุบันสามารถตรวจค้นหาความผิดปกติและการวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ซึ่งถือเป็นมาตรฐานสำคัญในการตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาโรคมะเร็งลำไส้ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญในระยะเริ่มต้นของการค้นหาการเกิดโรคและการติดตามการรักษา ซึ่งเป็นวิธีการที่ทันสมัยมีความไวสูงและเป็นมาตรฐานที่ยอมรับกันทั่วโลก เนื่องจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่จะใช้ในการวินิจฉัยโรคแล้ว ยังสามารถใช้ติดตามรักษาหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้รวมถึงสามารถตรวจดูการลุกลามของมะเร็งชนิดอื่น ๆ ที่ลุกลามเข้ามาด้านในลำไส้ใหญ่⁽⁵⁾

การเตรียมความพร้อมของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเตรียมลำไส้ที่ดีเป็นส่วนสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการเตรียมตัว ตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง เพราะปัจจัยที่มีผลต่อการส่องกล้อง และวินิจฉัยคือระดับความสะอาดของการเตรียมลำไส้ใหญ่เพราะหากเตรียมลำไส้ได้ไม่ดี อาจทำให้แพทย์เห็นภาพไม่ชัดเจนและมองไม่เห็นติ่งเนื้อหรือแผลต่าง ๆ ภายในลำไส้ได้ หรืออาจต้องงดการตรวจในวันนั้น⁽⁶⁾ การทำความสะอาดลำไส้ที่ไม่สะอาดอาจทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดและเพิ่มความเสี่ยงจากการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โดยพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ คือ ลำไส้ทะลุ ซึ่งพบอุบัติการณ์ร้อยละ 0.1-0.8 ในการส่องกล้องเพื่อการวินิจฉัย และร้อยละ 0.5-3.0 ในการส่องกล้องเพื่อการรักษา หากเกิดลำไส้ทะลุ ในลำไส้ที่เตรียมไม่สะอาด อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดและผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้หลักการทำความสะอาดลำไส้ที่สำคัญประกอบด้วย การให้รับประทานอาหารกากน้อยเพื่อลดปริมาณอุจจาระ การรับประทานอาหารเหลวใสเพื่อไม่ให้มีกากอาหารค้างในลำไส้ และการให้ยาระบาย ซึ่งการเลือกใช้ขึ้นกับอายุของผู้ป่วย โรคประจำตัว และยังมีปัจจัยหลายประการที่ต้องคำนึงถึง เช่น ลักษณะของผู้ป่วยแต่ละบุคคล โดยขึ้นกับ อายุ โรคร่วม ยาที่ผู้ป่วยรับประทาน ความปลอดภัย ความทนได้ และความคุ้มค่า เป็นต้น⁽⁷⁾

จากการทบทวนสาเหตุของการงดหรือการเลื่อนการส่งกลัองตรงลำไส้ใหญ่พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี ระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาจะเตรียมลำไส้ใหญ่ไม่เพียงพอ การมีโรคประจำตัวและยาที่ใช้ประจำ อาการท้องผูกเรื้อรัง และความรู้ด้านสุขภาพปัจจัยด้าน cleansing agent ได้แก่ ชนิดของยาระบาย และการรับประทานยาระบาย พฤติกรรมการรับประทานอาหารและปัจจัยด้านบุคลาการในทีมสุขภาพ ได้แก่ ผู้ที่ให้ความรู้กับผู้ป่วย เอกสารที่ให้ประกอบการสอน โดยปัจจัยทั้ง 3 กลุ่มดังกล่าวจะมีความสำคัญที่ทำให้ผู้เข้ารับการตรวจส่งกลัองลำไส้ใหญ่ สามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติตัว เพื่อให้พร้อมเข้ารับการส่งกลัอง⁽⁸⁾ สถิติของศูนย์ส่งกลัองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่มารับการส่งกลัองแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 531, 925 และ 1,026 ราย และในปี 2566 พบมีผู้ป่วย

ที่ได้รับการเตรียมลำไส้ใหญ่ในส่องกล้องไม่สะอาด ต้องเลื่อนหรืองดการส่องกล้อง จำนวน 75 ราย (ร้อยละ 7.31) จากการทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่า การรับประทานอาหารหรือรับประทานยาไม่ครบถ้วนเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่เข้าใจในการงดผักผลไม้หรืออาหารที่มีกากใยสูง ใบนัดหมายไม่ชัดเจน และผู้ป่วยลืมวิธีปฏิบัติในการเตรียมตัว

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ จึงพัฒนาโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก ตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulatory theory)⁽⁹⁾ และดัดแปลงจากงานวิจัยของปราณี ใบเสวต และคณะ⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วยแผนพับและวิดีโอสำหรับการเตรียมตัวในการส่องกล้องและระบบการโทรศัพท์ติดตามประเมินความเข้าใจและเน้นย้ำเรื่องการเตรียมลำไส้ก่อนวันส่องกล้อง และต้องการประเมินผลของโปรแกรกดังกล่าว เพื่อนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติการเตรียมลำไส้ให้สะอาดและปลอดภัยยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ดังนี้

1. เปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ให้คำแนะนำตามปกติและกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก
2. ศึกษาอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ให้คำแนะนำตามปกติและกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบ 2 กลุ่มทดสอบหลัง (two-group posttest only design)

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธีการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ระหว่างสิงหาคม 2566 - มกราคม 2567 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนกรณีประชากรไม่จำกัด (infinite population proportion)⁽¹¹⁾ กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.1 และค่าสัดส่วนจากงานวิจัยของปราณี ใบเสวตและคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งพบว่าสัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความสะอาดของลำไส้ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 6.25 ได้ $n=22$ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 25 เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มควบคุมเป็นผู้ป่วยในระยะก่อนใช้โปรแกรม (15 สิงหาคม - 31 ตุลาคม 2566) และกลุ่มทดลองเป็นผู้ป่วยในระยะหลังใช้โปรแกรม (1 พฤศจิกายน 2566 - 15 มกราคม 2566) เลือกตัวอย่าง

แบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่แพทย์นัดส่งกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ล่วงหน้า 2) ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 30 ปี 3) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเกณฑ์การคัดออกได้แก่ 1) ไม่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ 2) ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมที่ไม่สามารถส่งกล้องแบบผู้ป่วยนอกได้เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสน ที่มีปัญหาด้านสติปัญญาและการมองเห็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สิทธิการรักษา โรคประจำตัว ประวัติการส่องกล้อง การได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง ประวัติการขับถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ

ชุดที่2 แบบประเมินระดับความสะอาดของลำไส้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1) แบบประเมินระดับความสะอาดของลำไส้โดยผู้ป่วยเป็นการประเมินลักษณะของอุจจาระ หลังสุดก่อนส่องกล้องด้วยตนเองจากลักษณะของอุจจาระแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เพียงพอ (1.00-1.75 คะแนน) เล็กน้อย (1.76-2.50 คะแนน) ปานกลาง (2.51-3.25 คะแนน) และมาก (3.26-4.00 คะแนน)

2) แบบประเมินระดับความสะอาดของลำไส้โดยแพทย์อ้างอิงจาก Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) (2012)⁽¹²⁾ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ inadequate มีอุจจาระมากไม่สามารถทำการส่องกล้องได้ (0-2 คะแนน) poor มีอุจจาระปนน้ำส่องกล้องได้ แต่อาจไม่สมบูรณ์ (3-5 คะแนน) good มีน้ำอุจจาระปนอยู่บ้างส่องกล้องได้สมบูรณ์ (6-7 คะแนน) excellent ลำไส้สะอาดส่องกล้องได้สมบูรณ์ (8-9 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบบันทึกจำนวนอุบัติการณ์การเลื่อนหรือตกรถส่งกล่องลำไส้ใหญ่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก

กำหนดรูปแบบการกิจกรรมเป็น 5 กิจกรรม ตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง⁽⁹⁾ และดัดแปลงจากงานวิจัยของ
ปราณี ไบเศวต และคณะ⁽¹⁰⁾

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบประเมินระดับความสะอาดของลำไส้โดยผู้ป่วย 3) แบบประเมินระดับความสะอาดของลำไส้โดยแพทย์และแผนกพบเรื่องการเตรียมตัวก่อนส่องกล้องตามแนวปฏิบัติการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่องกล้องลำไส้ใหญ่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินอาหาร 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลอายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลส่องกล้องทางเดินอาหาร 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกันในเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำแบบบันทึกส่วนที่ 3 (แบบบันทึกระดับความสะอาดของลำไส้: BBPS) ทดสอบความเที่ยงแบบสังเกตร่วม (inter-rater reliability) โดยผู้วิจัยกำหนดให้แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านส่องกล้องประเมินความสะอาดของลำไส้ 1 ท่าน ร่วมกับพยาบาลประจำห้องส่องกล้องที่ได้ผ่านการอบรมด้านการช่วยแพทย์ส่องกล้อง 1 ท่าน ประเมินระดับความสะอาดของลำไส้ผู้ป่วยจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

1. **ขั้นเตรียมการ** หลังจากได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยได้เข้าพบและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และรายละเอียดการจัดกิจกรรมแก่หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างจาก ผู้ที่ได้รับการตรวจสอบกล้องลำไส้ใหญ่ ที่มารับการประเมินสภาพและรับวันนัดตรวจกับพยาบาลประจำศูนย์ส่องกล้อง ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์การดำเนินการวิจัยขั้นตอนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยอมตนเข้าร่วมการวิจัยเพื่อความเข้าใจ และตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ และให้ลงนามในใบยินยอม

2. **ขั้นดำเนินการ** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินคุณภาพการเตรียมลำไส้ใหญ่ ดำเนินการเป็นรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มตัวอย่างที่แพทย์ส่งมานัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่และได้รับการพิจารณาจากวิสัญญีแพทย์ให้สามารถทำการส่องกล้องได้ จึงให้ผู้ป่วยมารับคำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้องจากพยาบาลที่ห้องผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

2.1.1.1 ผู้วิจัยให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้อง การรับประทานยาละลาย ยาก่อนส่องกล้องที่ผู้ป่วยต้องรับประทานหรือรับประทาน

2.1.1.2 แจกใบคำแนะนำการเตรียมตัวในนัด และแจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบถึงวัน เวลา และสถานที่ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

2.1.1.3 ให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และนัดตรวจในครั้งต่อไป

2.1.1.4 ให้ผู้ป่วยรับยาละลายที่ห้องยาก่อนกลับบ้าน

2.1.2 ในวันนัด ผู้ป่วยมารับการส่องกล้อง ที่ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โรงพยาบาลประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย โดยสอบถามผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ โดยมีพยาบาลในห้องส่องกล้องเป็นผู้บันทึกผลในแบบประเมินBBPS และจำนวนอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้อง

2.1.3 แพทย์แจ้งผลการตรวจให้ผู้ป่วยรับทราบ

2.2 **กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก ที่ศูนย์ส่องกล้อง 2 ครั้ง และการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ดังนี้

2.2.1 กิจกรรมครั้งที่ 1 วันที่มารับการประเมินสภาพทั่วไป และรับวันนัดส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ที่ศูนย์ส่องกล้องตามโปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกดังนี้

2.2.1.1 ให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมในการส่งกลัองลำไส้ใหญ่เป็นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและขั้นตอน ก่อนส่งกลัอง-ระหว่างและหลังส่งกลัอง ข้อมูลสถานที่/บรรยากาศในห้องส่งกลัอง

2.2.1.2 การตั้งเป้าหมาย เพื่อเตรียมลำไส้ก่อนส่งกลัองอย่างมีคุณภาพ โดยการให้ข้อมูลด้านความรู้ ประโยชน์ของการส่งกลัองตรวจลำไส้ใหญ่ ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนส่งกลัอง และผลดีของการเตรียมลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ ผ่านสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับการเตรียมตัวที่มี QR Code วีดิทัศน์การเตรียมตัวก่อนการส่งกลัองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปิดดูซ้ำได้ตลอด

2.2.1.3 การติดตามตนเองโดยให้บันทึกการรับประทานอาหารตามแนวทาง และบันทึกลักษณะอุจจาระที่สังเกตตามรูปภาพในใบบันทึกการรับประทานอาหารและลักษณะอุจจาระ

2.2.1.4 การเสริมแรงตนเอง ให้กำหนดวิธีการเสริมแรงตนเองที่ทำให้เกิดความรู้สึกดี และสร้างกำลังใจให้ตนเอง

2.2.2 กิจกรรมครั้งที่ 2 โทรศัพท์ติดตามก่อนถึงวันนัดส่งกลัอง (7 วันก่อนตรวจ) พยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและเน้นย้ำเรื่องการเตรียมตัวก่อนการส่งกลัอง กระตุ้นเตือนด้านการรับประทานอาหารงดผักผลไม้ที่มีกากใย และยาที่ผู้ป่วยต้องงดก่อนการตรวจ

2.2.3 กิจกรรมครั้งที่ 3 โทรศัพท์ติดตามก่อนถึงวันนัดส่งกลัอง (1 วันก่อนตรวจ) พยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยและเน้นย้ำเรื่องการรับประทานยาระบายตามที่แนะนำและการสังเกตลักษณะอุจจาระลงบันทึกในแบบบันทึกการรับประทานอาหาร แบบบันทึกลักษณะอุจจาระ

2.2.4 กิจกรรมครั้งที่ 4 วันนัดส่งกลัอง ผู้ป่วยมารับการส่งกลัองที่ศูนย์ส่งกลัองโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาพยาบาลประเมินการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโดยสอบถามผู้ป่วยถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้ใหญ่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ โดยมีพยาบาลในห้องส่งกลัองเป็นผู้บันทึกผลในใบประเมิน BBPS และจำนวนอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่งกลัอง

2.2.5 กิจกรรมครั้งที่ 5 แพทย์แจ้งผลการตรวจให้ผู้ป่วยรับทราบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประวัติการส่งกลัอง การได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนการส่งกลัอง ประวัติการขับถ่ายอุจจาระ ระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ
2. เปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์
3. อุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่งกลัองลำไส้ใหญ่วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เลขที่ 2023-14 และได้จัดทำเอกสารชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแบบสอบถามพร้อมทั้ง

ขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับจะถือเป็นความลับ และระหว่างทำการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ยินยอมดำเนินการวิจัยต่อไปก็สามารถทำได้โดยไม่กระทบต่อการตรวจรักษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ประกอบอาชีพรับจ้าง ไม่เคยได้รับการส่องกล้อง ต้องการได้รับคำแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้อง มีโรคประจำตัว และขับถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการส่องกล้อง การได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้อง และประวัติการขับถ่ายอุจจาระ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	17	56.7	22	73.3
หญิง	13	43.3	8	26.7
อายุ				
31- 40ปี	2	6.7	2	6.7
41- 50 ปี	2	6.7	3	10.0
51 - 60 ปี	13	43.3	6	20.0
61 ปี ขึ้นไป	13	43.3	19	63.3
การประกอบอาชีพ				
งานบ้าน	8	26.7	6	20.0
รับจ้าง	15	50.0	11	36.7
เกษตรกร	5	16.7	7	23.3
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	1	3.3	1	3.3
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	3.3	5	16.7
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	20	66.7	20	66.7
มัธยมศึกษา	9	30.0	3	10.0
อนุปริญญา	1	3.3	3	10.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	0	0	4	13.3
ประวัติการมีโรคประจำตัว				
มี	22	73.3	20	66.7
ไม่มี	8	26.7	10	33.3

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยได้รับการส่องกล้อง				
เคย	7	23.3	6	20.0
ไม่เคย	23	76.7	24	80.0
ความต้องการรับคำแนะนำ				
การเตรียมความพร้อมก่อนส่องกล้อง				
ต้องการ	30	100.0	30	100.0
การได้รับข้อมูลการเตรียมตัวก่อนส่องกล้อง				
ได้รับเข้าใจดี	23	76.7	22	73.3
ได้รับแต่ไม่เข้าใจ	7	23.3	8	26.7
ประวัติการขับถ่ายอุจจาระ				
ถ่ายปกติทุกวัน	14	46.7	22	73.3
ถ่ายยาก ท้องผูกประจำ	11	36.7	6	20.0
ถ่ายมีเลือดปน	5	16.6	2	6.7

2. เปรียบเทียบสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ ระยะหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรมมีสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้จากการประเมินโดยแพทย์อยู่ในระดับ excellent จำนวน 27 ราย (ร้อยละ 90.0) กลุ่มควบคุมความสะอาดของลำไส้ระดับ excellent จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 9) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับ good 11 ราย (ร้อยละ 36.7) และเมื่อเปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยระยะหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระดับความสะอาด ของลำไส้	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
Excellent (ระดับ 3)	9	30.0	27	90.0	<0.001*
Good (ระดับ 2)	11	36.7	3	10.0	
Poor (ระดับ 1)	5	16.7	0	0.0	
Inadequate (ระดับ 0)	5	16.7	0	0.0	

* $p<0.05$

3. อุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่งกลัองลำไส้ใหญ่หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

หลังจากการให้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งกลัองลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกไม่พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่งกลัอง (ร้อยละ 0.0) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การเกิดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่งกลัองลำไส้ใหญ่หลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

อุบัติการณ์การงด/เลื่อนการส่งกลัองลำไส้ใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มควบคุม (n=30)	4	13.3
กลุ่มทดลอง(n=30)	0	0.0

อภิปราย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งกลัองลำไส้แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรีพบว่า หลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มทดลองมีสัดส่วนของระดับความสะอาดของลำไส้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า การให้คำแนะนำการเตรียมตัวของกลุ่มตัวอย่างก่อนส่งกลัองผ่านสื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับการเตรียมตัวที่มี QR Code วีดิทัศน์การเตรียมตัวก่อนการส่งกลัองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปิดดูซ้ำได้ตลอดทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับพรทิพย์ บุญเครือและคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจทางเดินอาหารและลำไส้เล็กส่วนบนด้วยการใช้วีดิทัศน์ช่วยลดการไม่มาตรวจตามนัดร้อยละ 5 ลดการเลื่อนการส่งร้อยละ 1.7 และยังช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการส่งกลัองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้สื่อวีดิทัศน์ส่วนการติดตามตนเอง โดยให้บันทึกการรับประทานอาหารตามแนวทางและบันทึกลักษณะอุจจาระที่สังเกตตามรูปภาพในใบบันทึกรายงานการรับประทานอาหารและลักษณะอุจจาระรายงาน อีกทั้งพยาบาลได้โทรศัพท์ติดตามก่อนถึงวันนัดส่งกลัองใน 7 วัน และ 1 วัน ก่อนตรวจ เพื่อเน้นย้ำเรื่องการเตรียมตัวก่อนการส่งกลัองทำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก มีความมั่นใจในการปฏิบัติตน เพื่อเตรียมลำไส้ให้สะอาดก่อนได้รับการส่งกลัองทางลำไส้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการควบคุมตนเอง⁽⁹⁾ ซึ่งตามมโนทัศน์หลักกล่าวว่าบุคคลจะไม่มีความรู้ความเข้าใจ (schema) ที่ถูกต้องเกี่ยวกับข้อมูล และขั้นตอนต่าง ๆ ของการทำหัตถการที่จะได้รับหรือเผชิญทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล แต่ถ้า ผู้เข้ารับการส่งกลัองได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อม (preparatory information) ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจของบุคคล จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ (cognitive control) ต่อเหตุการณ์ในหัตถการที่จะเกิดขึ้น จึงลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าที่มาคุกคามได้

สอดคล้องกับปราณี ใบแสวด และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้โทรศัพท์ช่วยในการติดตาม ทบทวนความรู้เรื่องการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพเพื่อการส่งตรวจ พบว่ากลุ่มที่ได้รับการโทรศัพท์ติดตาม มีผลดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโทรศัพท์ติดตาม ในเรื่องการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ได้ครบถ้วน ($p<0.001$) และความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยใช้แบบประเมินของ Ottawa score ได้คะแนน 3 และ 4.9 คะแนน ($p<0.001$) และสอดคล้องกับ Lorenzo-Zúñiga V, et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าภายหลังจากการได้รับ

คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องอาจเกิดจากผู้ป่วยมีความรู้ ความตั้งใจในการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามคำแนะนำ นอกจากนี้ มีการติดตามของพยาบาลโดยการโทรศัพท์ทำให้สามารถประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย และเน้นย้ำถึงการปฏิบัติซึ่งเป็นส่วนช่วยให้เกิดการกระตุ้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ จากการเตรียมความพร้อมก่อนการส่องกล้องและการปฏิบัติที่ถูกต้องนำไปสู่ระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับดี และไม่พบอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยทุกรายสามารถส่องกล้องได้ ไม่เสียเวลาในการเตรียมตัวและสามารถตรวจรักษาได้ตามมาตรฐาน

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้คัดกรองเฉพาะผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องครั้งแรกซึ่งอาจส่งผลต่อผลการศึกษาและในกลุ่มที่มีความสะอาดของลำไส้ระดับ inadequate จำนวน 5 รายเกิดจากผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาระบายครบตามคำแนะนำ 4 ราย และไม่ได้รับประทานอาหารตามคำแนะนำ 1 ราย จึงทำให้ต้องงดหรือเลื่อนการส่องกล้องจำนวน 4 ราย ส่วนอีก 1 ราย แพทย์ได้ทำการสวนล้างลำไส้ให้ก่อนเนื่องจากผู้ป่วยเดินทางมาไกล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่องกล้องแต่ใช้เวลานานขึ้น

สรุปผล

โปรแกรมการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี ที่สร้างขึ้น สามารถช่วยให้ผู้ป่วยเตรียมความพร้อมในการส่องกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลต่อการลดอุบัติการณ์การงดหรือเลื่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ได้

ข้อเสนอแนะ

1. นำโปรแกรมไปใช้เป็นแนวทางหรือนำไปประยุกต์ใช้กับการเตรียมส่องกล้องผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. การรับประทานอาหารโดยงดผัก ผลไม้ 7 วัน เป็นช่วงเวลาที่ยากสำหรับผู้รับประทานอาหารเช้า หรือผู้ที่ชอบรับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ ดังนั้นในการทำวิจัยครั้งต่อไป หากลดจำนวนวันที่งดรับประทานผัก ผลไม้ลง เช่น 3 วัน หรือ 5 วันจะมีความแตกต่างของความสะอาดของลำไส้หรือไม่และมากน้อยเพียงใด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์เทียนชัย คงเกษม และนายแพทย์อรณพ วิเศษชู กลุ่มงานศัลยกรรมที่ให้การปรึกษาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์ส่องกล้อง ที่ให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล

เพื่อใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ และเจ้าหน้าที่ห้องสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ที่ช่วยจัดทำสื่อวีดิทัศน์ การให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กันต์กมล กิจตรงศิริ, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, อุษา ฉายเกล็ดแก้ว, ยศ ตีระวัฒนานนท์. การศึกษาความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชากรไทย. สำนักงานหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ส.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก:
https://www.hitap.net/wp-content/uploads/2018/10/Full-report_CRC-screening.pdf
2. Colorectal cancer Statistics. Doctor-Approved Patient Information from ASCO [Internet]. 2020 [cited 2021 July 22]. Available from:
<https://www.cancer.net/cancer-types/colorectal-cancer/statistics>.
3. Benson AB, Venook AP, Cederquist L, Chan E, Chen YJ, Cooper HS, et al. Colon Cancer, Version 1.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2017;15(3):370-98.
4. Chelazzi C, Consales G, Boninegini P, Bonanoni GA, Castiglione G, Goaudio RD. Propofol sedation in a colorectal cancer screening outpatient cohort. Minerva Anestesiologica. 2009;75(12):677-83.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. วันมะเร็งโลก 4 กุมภาพันธ์ สปสช. ชวนคนไทยคัดกรอง 3 มะเร็งร้าย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 16 ก.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.nhso.go.th/news/3476>
6. โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์. ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต้องเตรียมตัวอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก:
<https://www.siphospital.com/th/news/article/share/colonoscopy>
7. อุทัยวรรณ จิระชีวะนันท์. กรณีศึกษา: บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566;8(3):198-207.
8. กันต์ติศา เขียตน้อย. ความรู้ พฤติกรรมการเตรียมและความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ [วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2563.
9. Leventhal H, Johnson JE. Laboratory and field experiment of a theory of self-regulation. In: Wooldridge PJ, Schmitt MH, Skipper JK, Leonard RC, editors. Behavioral Science and Nursing Theory. Mosby: St. Louis; 1983:189-262.
10. ปราณี ใบแสวด, จิตติมา ศรีทอง, ธาณิษฐาน หายุนรงค์. ผลของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564;4(2):40-53.

11. เชษฐา งามจรัส. การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
12. Lorenzo-Zúñiga V, Moreno-de-Vega V, Boix J. Preparation for colonoscopy: types of scales and cleaning products. Rev Esp Enferm Dig. 2012;104:426-31.
13. พรทิพย์ บุญเครือชู, รัตนา ทับแว้ว, อัมพร อินผูก, จันจิรา อัญญ, วรรัชชล ยังสี, สุกานดา ไสแจ่ม. ผลของการให้ความรู้ในการเตรียมตัวรับการส่องกล้องตรวจทางเดินอาหารส่วนบนในรูปแบบวีดิทัศน์ต่อการปฏิบัติตัวของผู้รับบริการ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิชาการทางคลินิกวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2565;12(1):136-48.
14. Lorenzo-Zúñiga V, Moreno-de-Vega V, Boix J. Preparation for colonoscopy: types of scales and cleaning products. Rev Esp Enferm Dig. 2012;104:426-31.

ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความสามารถ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

The Effect of Urinary Catheterized care Program on Caregivers
in Urinary Catheterized Patients

สมสกุล บัวประเสริฐ ป.พย.^{1*}

Somsakul Buaprasert, Dip in Nursing Science^{1*}

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): maw081111@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะที่มารับการตรวจที่คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในช่วงเดือน 1 สิงหาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 60 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการในการดูแลสายสวนปัสสาวะ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และความสามารถของผู้ดูแล วิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกันและแบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย: ก่อนการทดลองอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีความรู้และความสามารถไม่ต่างกัน หลังการทดลองสองอาทิตย์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม (17.17 ± 1.15 vs 14.47 ± 1.01 ; $p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นเดียวกัน (17.93 ± 1.14 vs 14.70 ± 0.75 ; $p < 0.001$)

สรุปผล: โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะ, ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล, ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

Abstract

Objectives: To compare the mean scores of knowledge and ability of caregivers in caring urinary catheter retaining patients.

Methods: This quasi-experimental study with two-group pretest-posttest design was conducted at the outpatient urological surgery clinic of Phaholpolpayahasena Hospital during 1 August – 31 December 2023. Sixty caregivers for urinary catheter retaining patients were purposive randomized and divided equally into control and study groups. The research tools were a program for urinary catheter care and self-report questionnaires on the knowledge and abilities of caregivers. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent t-test and independent t-test.

Results: Before studying, there was no difference about the mean knowledge and ability scores between the two groups. After study, the study group had higher knowledge scores than the control group after two-week of experiment (17.17 ± 1.15 vs 14.47 ± 1.01 ; $p < 0.001$). They also had higher ability for caring patients than the control group (17.93 ± 1.14 vs 14.70 ± 0.75 ; $p < 0.001$).

Conclusions: The urinary catheter care program developed by the researchers can help to promote caregivers' knowledge, understanding and ability leading to effective care of patients.

Keywords: Urinary catheter care program, Caregiver's knowledge and abilities, Patients retaining urinary catheter.

บทนำ

ปัจจุบันภาวะและโรคที่มีความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทำให้ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยการคาสายสวนปัสสาวะไว้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุ และมีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อย ต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งมีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะในภาวะหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น เป็นต่อมลูกหมากโต (benign prostatic hyperplasia), โรคกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติเนื่องจากระบบประสาทควบคุมผิดปกติ (neurogenic bladder), ภาวะขับถ่ายปัสสาวะไม่ออก (urinary retention) เป็นต้น⁽¹⁾

การสวนปัสสาวะ (urinary catheterization) หมายถึง การสอดใส่สายสวนปัสสาวะ (catheter) ผ่านรูเปิดท่อปัสสาวะ (urethral orifice) เข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ (bladder) เพื่อระบายปัสสาวะออกสู่ภายนอก ทำให้กระเพาะปัสสาวะว่าง (bladder emptying) ในการสวนปัสสาวะแต่ละครั้งมีโอกาสนำเชื้อโรคเข้าสู่

กระเพาะปัสสาวะโดยตรง ดังนั้นแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาว่าเห็นสมควรให้สวนปัสสาวะ เฉพาะในรายที่จำเป็นจริง ๆ เท่านั้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานะของผู้ป่วยและแผนการรักษา และหากผู้ป่วยได้รับการสวนคาสายสวนปัสสาวะควรรีบถอดสายสวนโดยเร็วเท่าที่จะเป็นไปได้

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการสวนปัสสาวะ 1) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (urinary tract infection) การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จัดเป็นโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ที่พบบ่อยมากกว่าร้อยละ 40 โดยเฉพาะแผนกผู้ป่วยหนัก พบมากถึงร้อยละ 23 ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะระยะสั้น (น้อยกว่า 7 วัน) มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะถึง ร้อยละ 10-50 และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่คาสายสวน โดยเพิ่มขึ้นร้อยละ 3-10 ต่อวัน และเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะในที่สุด เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงติดเชื้อมากกว่าเพศชาย 1.7-3.7 เท่า โดยเฉพาะบริเวณ Perineum ในผู้หญิงที่มีท่อปัสสาวะสั้นกว่าผู้ชาย และอยู่ใกล้กับทวารหนักรอยต่อระหว่างสายสวนปัสสาวะกับถุงเก็บปัสสาวะ และบริเวณทางออกของถุงเก็บปัสสาวะที่มีการปนเปื้อน จากการวิจัยพบว่าการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเคร่งครัด สามารถช่วยลดอัตราการติดเชื้อจากการสวนปัสสาวะได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) การรั่วซึมของปัสสาวะ (leakage of urine) การรั่วซึมของปัสสาวะ เป็นผลจากการอุดตันของสายสวนปัสสาวะ หรือจากการใช้บอลูนที่ใหญ่เกินไป ทำให้ผู้ป่วยปวดเบ่งอยากถ่ายปัสสาวะ จะพบปัสสาวะซึมออกมารอบ ๆ สายสวนปัสสาวะ ไม่ควรเพิ่มขนาดของ Foley catheter ควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าใช้ Foley catheter ขนาดเหมาะสม บอลูนบรรจุน้ำกลั่นไม่เกิน 10 มิลลิลิตร ซึ่งจากประสบการณ์พบว่า สาเหตุเกิดจากการใช้ บอลูนที่มีขนาดใหญ่เกินไป ผู้ป่วยไม่สุขสบาย บ่นปวดกระสับกระส่ายอยากถ่ายปัสสาวะตลอดเวลาเมื่อได้รับการแก้ไขปัญหานี้ทั้งหมดไป 3) ความไม่สุขสบายจากการสวนปัสสาวะ (discomfort) การใส่สายสวนปัสสาวะทำให้ระคายเคืองต่อท่อปัสสาวะ เกิดท่อปัสสาวะอักเสบ และท่อปัสสาวะตีตันได้ ซึ่งมีส่วนสัมพันธ์กับการใช้สายสวนปัสสาวะที่มีขนาดใหญ่เกินไป การใช้สารหล่อลื่นในการสวนปัสสาวะนั้นน้อยเกินไป ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ออกแรงเบ่งขณะสอดสายสวนปัสสาวะ รวมทั้งขาดความนุ่มนวลเบามือของผู้สวนปัสสาวะ ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดไม่สุขสบายขณะใส่สายสวนปัสสาวะได้ และ 4) ความอาย ไม่มั่นใจ สูญเสียภาพลักษณ์เนื่องจากมีสายสวนปัสสาวะ และถุงปัสสาวะพร้อมทั้งน้ำปัสสาวะติดตัว และอาจเกรงว่าผู้อื่นรังเกียจ⁽²⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและความไม่สุขสบาย ทำให้นอนโรงพยาบาลนาน เกิดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา^(3,4) ซึ่งการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ใส่คาสายสวนปัสสาวะมากกว่า 4 วัน ทำให้เสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽⁵⁾

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม เป็นทฤษฎีที่มุ่งแก้ไขความพร่องระหว่าง ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองและความต้องการในการดูแลตนเอง โดยมุ่งเน้นช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถทำกิจกรรมให้ทำกิจกรรมได้ โดยอาศัยพยาบาลเข้าช่วยเหลือ เมื่อภาวะสุขภาพของบุคคลไม่สมดุลเพียงพอต่อการพัฒนาของบุคคล จะนำไปสู่การกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง เช่นการขาดความรู้และการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองรวมถึงการดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพที่เหมาะสมด้วย โอเร็ม เชื่อว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

เป็นการปฏิบัติกิจกรรมทีบุคลากรเริ่มด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย มีศักยภาพในการเรียนรู้ ต้องการความเต็มเต็มความต้องการของตนซึ่งไม่ได้เกิดโดยสัญชาตญาณ แต่เกิดจากการเรียนโดยบุคคลผู้ดูแล⁽⁶⁾

จากการทบทวนงานวิจัยทีเกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะ พบว่าการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ร่วมกับการใส่สายสวนทางเดินปัสสาวะ (catheter associated urinary tract infection: CAUTI) เป็นปัญหาทีพบบ่อย มีอุบัติการณ์สูงถึงร้อยละ 70-80 หรือมากกว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยติดเชื้อระหว่างรักษาตัวอยู่ในสถานพยาบาลในแต่ละปี⁽⁷⁾ และเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 20 โดยเฉพาะผู้ป่วยทีมีการติดเชื้อ CAUTI ทำให้อัตราการเสียชีวิต และจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น⁽⁸⁾

สำหรับโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะในปี 2563-2565 มีผู้มารับบริการทั้งสิ้น 16,173, 17,121 และ 18,597 รายตามลำดับ และเมื่อเก็บข้อมูลย้อนหลังในเดือนมกราคม ถึง เดือนมีนาคม 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,781, 1,726 และ 2,084 ราย ซึ่งในจำนวนนั้นมีผู้มารับบริการทีต้องใส่สายสวนปัสสาวะค่าไว้มีจำนวน 126, 122 และ 132 ราย จากการสังเกตพบว่าผู้ป่วยและญาติมีการปฏิบัติตัวยังไม่ถูกต้องในการดูแลสายสวนปัสสาวะ เช่น วางถุงรองรับไว้บนพื้นโดยไม่มีถุงมารองรับ ยกสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับสูงกว่าระดับสะดือ สายสวนปัสสาวะเลอะและไม่สะอาดสายเปลี่ยนจากสีขาวเป็นสีดำ ไม่มีพลาสติกยึดตรึงสายสวนปัสสาวะไว้ และจากการสัมภาษณ์ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะขณะอยู่บ้าน พบว่ายังทำความสะอาดให้ผู้ป่วยขณะใส่สายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้อง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสปนเปื้อนและเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย และต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดการสูญเสียรายได้ มีค่าใช้จ่ายมากขึ้นทั้งในองค์กรและผู้ป่วย

จากการสาเหตุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลตนเอง⁽⁶⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีใส่สายสวนปัสสาวะให้เกิดความมั่นใจและสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริงและดีขึ้น อีกทั้งประเมินผลและปรับเปลี่ยนการดูแลได้อย่างเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทีใส่สายสวนปัสสาวะ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ และให้การสนับสนุน คำชี้แนะ เพื่อมุ่งเน้นป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การเสียชีวิต รวมถึงการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยทีใส่สายสวนปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทีได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยทีได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังทดลอง

ผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้ ปัสสาวะขุ่น เป็นต้น ประกอบวิธีทัศนการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ

กิจกรรมที่ 3 เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ทบทวนกรณีที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ และวิธีทัศนการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ที่ผู้วิจัยทำในรูปแบบ QR Code ที่ผู้ดูแลสามารถเปิดดูเพื่อทบทวนได้ตลอดเวลา

กิจกรรมที่ 4 ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ในวันที่นัดตรวจครั้งต่อไป (2 สัปดาห์)

1.2 คู่มือการดูแลสายสวนปัสสาวะ มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคหรือภาวะความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ที่มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์⁽⁹⁾ รวมทั้งการใช้อุปกรณ์เสริมต่าง ๆ

1.3 วิธีทัศนการณ์เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ที่สร้างเป็นรูปแบบ QR code ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก⁽¹⁰⁾ นำมาปรับเป็นรูปแบบ QR code เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูเพื่อทบทวนได้ตลอดเวลาและหากมีข้อสงสัยสามารถซักถามพยาบาลได้

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่อยู่ดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ

2.2 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความรู้ของสุปราณี เสนาดีสัย⁽²⁾ แบบประเมินเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสายสวนปัสสาวะ จำนวน 20 ข้อการให้คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดให้ 0 คะแนน

2.3 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินของคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล⁽¹¹⁾ เพื่อประเมินการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของผู้ดูแลทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งการให้คะแนนเป็น 2 ระดับ คือ ถ้าปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 1 ถ้าไม่ปฏิบัติ ให้คะแนนเท่ากับ 0

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพก่อนนำไปใช้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์เชี่ยวชาญด้านระบบทางเดินปัสสาวะ 2 ท่าน และพยาบาลผู้ที่มีความชำนาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินปัสสาวะ 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ด้านเนื้อหา ด้านภาษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง (reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้วนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน และนำข้อมูลจากการทดลองใช้ มาวิเคราะห์ความเที่ยงตรง

โดยการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติการดูแลของผู้ดูแลได้เท่ากับ 0.85 แบบประเมินความรู้ผู้ดูแลได้เท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ 1 สิงหาคม 2566 – 31 ธันวาคม 2566 ที่คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา โดยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมก่อนโดยให้การพยาบาลตามปกติเป็นรายบุคคลจำนวน 5 รายต่อสัปดาห์จนครบ 30 ราย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 5 รายต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิกซ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งนัดหมายเป็นรายเดี่ยวในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งต่อไป (2 สัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 3 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอีกครั้ง ที่คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเดิมภายหลังการรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการพิกซ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ พุดคุยให้กำลังใจและยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 5 รายต่อสัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพิกซ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลสายสวนปัสสาวะ มีเนื้อหาครอบคลุมเรื่องโรคหรือภาวะความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ที่มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติได้ไม่ถูกต้อง ทบทวนกรณีที่เกิดขึ้นไม่ถูกต้อง พร้อมทั้งมอบคู่มือการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ และวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ ที่ผู้วิจัยทำในรูปแบบ QR Code ที่ผู้ดูแลสามารถเปิดดูเพื่อทบทวนได้ตลอดเวลา จากนั้นนัดหมายเป็นรายเดี่ยวในวันที่มาตรวจตามนัดครั้งต่อไป (2 สัปดาห์)

สัปดาห์ที่ 3 (ใช้เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอีกครั้ง ที่คลินิกศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยใช้แบบสอบถามเดิมภายหลังการรวบรวมข้อมูลเสร็จสิ้น เพื่อเป็นการพิกซ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการสร้างเสริมความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ พุดคุยให้กำลังใจและยุติสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยโปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะภายใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)
3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะหลัง ทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบค่าทีแบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ได้ดำเนินการตามขั้นตอน การพิทักษ์สิทธิ และผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพล พยุหเสนา เลขที่ 2023-10 และได้จัดทำเอกสารชี้แจงถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และ แบบสอบถามพร้อมทั้งขอความร่วมมือผู้ป่วยเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ข้อมูลทุกอย่างที่ผู้วิจัยได้รับจะถือเป็นความลับ และระหว่างทำการวิจัย หากผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยหรือ ไม่ยินยอมดำเนินการวิจัย ต่อไป ก็สามารถทำได้

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ดังนี้ ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิง ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีอาชีพงานบ้าน ไม่มีโรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดย เป็นญาติสายตรง และไม่มีประสบการณ์การดูแลสายสวนปัสสาวะ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	20.0	5	16.7
หญิง	24	80.0	25	83.3
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	60.0	19	63.4
มัธยมศึกษา	8	26.7	7	23.3
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3
ปวช, อนุปริญญา	2	6.7	2	6.7
อื่น ๆ เช่นไม่ได้เรียน	1	3.3	1	3.3

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
งานบ้าน	12	40.0	14	46.7
รับจ้าง	9	30.0	8	26.7
ค้าขาย	3	10.0	2	6.7
ทำไร่/เกษตรกร	5	16.7	5	16.6
รับราชการ	1	3.3	1	3.3
อื่น ๆ	0	0	0	0
โรคประจำตัว				
มี	12	40.0	11	36.7
ไม่มี	18	60.0	19	63.3
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
ญาติสายตรง	23	76.7	24	80.0
ญาติสนิท	7	23.3	6	20.0
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน	8	26.7	8	26.7
1-12 ชม. /วัน	22	73.3	22	73.3
13-24 ชม. /วัน				
ประสบการณ์การดูแลสายสวนปัสสาวะ	0	0	0	0
มี	30	100.0	30	100.0
ไม่มี				

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ภายในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ในกลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะก่อนทดลองเท่ากับ 14.00 (SD=1.23) หลังทดลองเท่ากับ 14.47 (SD=1.01) ไม่แตกต่างกัน ($p=0.30$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะก่อนทดลองเท่ากับ 14.37 (SD=0.99) หลังทดลองเท่ากับ 14.70 (SD=0.75) ไม่แตกต่างกัน ($p=0.10$)

ส่วนกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะก่อนทดลองเท่ากับ 14.33 (SD=1.37) หลังทดลองเท่ากับ 17.17 (SD=1.15) สูงวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) คะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะก่อนทดลองเท่ากับ 15.37 (SD=1.92) หลังทดลองเท่ากับ 17.93 (SD=1.14) สูงวก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลลัพธ์	กลุ่มควบคุม				p - value	กลุ่มทดลอง				p - value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		
	Mean	SD	Mean	SD		Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ	14.00	1.23	14.47	1.01	0.30	14.33	1.37	17.17	1.15	<0.001*
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ	14.37	0.99	14.70	0.75	0.10	15.37	1.92	17.93	1.14	<0.001*

หมายเหตุ: *p<0.05

ส่วนที 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ระยะหลังทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ส่วนความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะของกลุ่มทดลองทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) (ตารางที 3)

ตารางที 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะหลังทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ	14.47	1.01	17.17	1.14	<0.001*
ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะ	14.70	0.75	17.93	1.14	<0.001*

หมายเหตุ: *p<0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะพบว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยทีคาสายสวนปัสสาวะ ก่อนทดลองและหลังทดลอง ไม่แตกต่างกัน อธิบายได้ว่า จากการทีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 80 ซึ่งมีหน้าที่ดูแลทำงานบ้านร้อยละ 40 และต้องดูแลผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะนานมากกว่า 8-14 วัน ร้อยละ 76.7 และต้องการได้รับการดูแลทั้งหมด ซึ่งจัดอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 100 จึงใช้ประสบการณ์ทีมีอยู่มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทีต้องได้รับการดูแลทั้งหมดในระยะเวลานาน จะทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลสูง จึงส่งผลต่อการรับรู้ การคิด การเรียนรู้ และการจดจำทีลดลง ประกอบกับข้อจำกัดของอัตรากำลังทีไม่เพียงพอ ทำให้เวลาทีให้คำแนะนำเรื่องการ

ดูแลสายสวนปัสสาวะและดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะมีข้อข้างจำกัด ผู้ดูแลจึงได้รับข้อมูลได้ไม่เพียงพอ และ
 ทัวถึง จึงทำให้กลุ่มควบคุมคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่
 คาสายสวนปัสสาวะ ก่อนทดลองและหลังทดลอง ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ฌินาซล นาคกุล⁽¹²⁾ ศึกษาพัฒนา
 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ประเด็นการสนับสนุนการดูแล
 ตนเอง พบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างคงเดิมและลดลง และชรินทร์ทิพย์ ชัยชุมพล⁽¹³⁾
 ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซง อำเภอพยุห์
 จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแล
 กับพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว ของญาติผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน

กลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะ และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่
 คาสายสวนปัสสาวะ ก่อนทดลองและหลังทดลอง สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า
 โปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่ผสมผสานกับกระบวนการพยาบาลและขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยคาสายสวน
 ปัสสาวะ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสิ่งแวดล้อม เป็นการสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจที่จะ
 ทำการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ
 สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ โดยใช้คู่มือการดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับ
 การคาสายสวนปัสสาวะ ขั้นตอนที่ 3 การชี้แนะ โดยให้คำแนะนำเพิ่มเติมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่อง การดูแลสายสวน
 ปัสสาวะ ที่สร้างเป็นรูปแบบ QR code และขั้นตอนที่ 4 การสนับสนุน ประเมินความรู้และความสามารถของผู้ดูแล
 ซึ่งในแต่ละขั้นตอน ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการของตนเอง มีความรู้ เข้าใจเหตุผลหรือวิธีการต่าง ๆ ในการ
 ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ และเข้าใจเกี่ยวกับความผิดปกติของการถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย
 รู้หลักการทำงานของสายสวนปัสสาวะชนิดสวนคาและมีความเข้าใจความจำเป็นของการได้รับการคาสายสวน
 ปัสสาวะ รู้ถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นถ้าหากปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมถึงการคาดคะเนถึงผลของการปฏิบัติ และ
 ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ เช่น การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การยึดตรึง
 สายสวนปัสสาวะ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มเชื่อว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเป็นการ
 ปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย มีศักยภาพในการเรียนรู้ ต้องการความเต็ม
 ความต้องการของตนซึ่งไม่ได้เกิดโดยสัญชาตญาณ แต่เกิดจากการเรียนโดยบุคคลผู้ดูแล และเพ็ญพิมล เปียงแก้ว⁽¹⁴⁾
 ศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติด
 เตียงที่บ้าน พบว่าหลังได้รับโปรแกรมตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มประกอบด้วย 1) การทำให้หรือทำ
 ทดแทน 2) การสอน 3) การชี้แนะ 4) การสนับสนุน 5) การสร้างสิ่งแวดล้อม ไม่มีผู้ป่วยติดเตียงเกิดภาวะแทรกซ้อน
 ด้านแผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อทางเดินหายใจและการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในสัปดาห์ที่ 3

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ศาสนา
สายปัสสาวะ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังทดลอง กลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติอธิบายได้ว่า จากการที่กลุ่มทดลองได้รับความรู้ตามโปรแกรมที่สร้างขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างจาก
การพยาบาลตามปกติ จึงทำให้เกิดการพัฒนาความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะและความสามารถของผู้ดูแล

ผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ ในทุกขั้นตอนของการดูแลที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถที่จะเลือก ตัดสินใจและปรับเปลี่ยนวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ รวมถึงกระทำกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลเกี่ยวกับการเตรียมอุปกรณ์และสถานที่ เพื่อดูแลผู้ป่วย รวมถึงการลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง อีกทั้งโปรแกรมที่สร้างขึ้นมีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยน ตามความต้องการและความพร้อมของผู้ดูแลแต่ละคน การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลด้วยตนเอง และได้รับการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ส่งผลให้กลุ่มทดลองหลังทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการดูแลสายสวนปัสสาวะและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับสอดคล้องกับ Grealish⁽¹⁵⁾ กล่าวไว้ว่า ความรู้และทักษะ เป็นองค์ประกอบสำคัญของความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การส่งเสริมและพัฒนาความรู้ ทำให้ผู้ดูแลมีกระบวนการคิดอย่างมีประสิทธิภาพ เข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย การฝึกทักษะจะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจความต้องการของตนเองและมีแนวทางในการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติ เมื่อผู้ดูแลมีการปฏิบัติและพัฒนาอย่างต่อเนื่องจะเกิดความชำนาญในการปฏิบัติในที่สุด

สรุปผล

จากผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า การพยาบาลและการให้ความรู้แบบเดิม ไม่เพียงพอที่จะช่วยให้ผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นโปรแกรมการดูแลสายสวนปัสสาวะที่สร้างขึ้น ผสมกับผู้วิจัยได้จัดทำเป็นวีดิทัศน์การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ มีทั้งภาพและเสียงทำให้ง่ายต่อความเข้าใจ และผู้วิจัยทำในรูปแบบ QR Code ที่ผู้ดูแลสามารถเปิดดูเพื่อทบทวนได้ตลอดเวลา ยิ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความสนใจ ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำรูปแบบโปรแกรมไปใช้เพื่อช่วยส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ตามมาตรฐานการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการพยาบาลนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะในแผนกอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณพ.นิสิต ศรีสมบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา นพ.พลตรีแสง ประชาธนารักษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษทางศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย และคุณ สุภาภรณ์ ประยูรมหิธร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วสันต์ เศรษฐวงศ์, วชิร คชการ. การดูแลผู้ป่วยขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติ. กรุงเทพฯ: โอเดียนสแตนทพรินท์; 2557.
2. สุปราณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพาณิชย์. การคาสายสวนปัสสาวะ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
3. Thamlikitkul V, Jintanothaitavorn D, Sathitmethakul R, Vaithayaphichet S, Trakulsomboon S, Danchaivijitr S. Bacterial infections in hospitalized patients in Thailand in 1997 and 2000. J Med Assoc Thai. 2001;84(5):666-73.
4. Temiz E, Piskin N, Aydemir H, Oztoprak N, Akduman D, Celebi G, et al. Factors associated with catheter-associated urinary tract infections and the effects of other concomitant nosocomial infections in intensive care units. Scand J Infect Dis. 2012;(5):344-9.
5. Leone M, Albenese J, Gamier F, Sapin C, Barrau K, Bimar MC, et al. Risk factors of nosocomial catheter associated urinary tract infection in a polyvalent intensive care unit. Intensive Care Unit. 2003;29(6):929-32.
6. Orem DE. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
7. Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary Tract Infections: Epidemiology, Mechanisms of Infection and Treatment Options. Nature Reviews Microbiology. 2015;13:269-284.
8. กำธร มาลาธรรม. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่เกิดในโรงพยาบาล. ในสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. ตำราโรคติดเชื้อ 2. กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง; 2548.
9. สมหวัง ด้านชัยจิตร. วิธีป้องกันโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
10. อนุสรณ์ แก้ววิชัย. ผลของการส่งเสริมการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาทโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ; 2558.
11. คณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. คู่มือการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ. โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี; 2565.
12. นิสาชล นาคกุล. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี. วารสารกระทรวงสาธารณสุข. 2561;4(2):27-39.
13. ชรินทร์ทิพย์ ชัยชุมพล. ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซง อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2561;24(2):52-66.

14. เพ็ญพิมล เปียงแก้ว. ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2566; 6(1):1-14e261894.
15. Grealish L. The skill of coaching are an essential element in clinical learning. J Nurs Educ. 2000;39(5):231-33.

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด
และบาดเจ็บที่ตับ: กรณีศึกษา

Nursing care for Multiple Trauma Patients with Hemothorax
and Liver Injury: A Case Study

ชลาลัย นริสศิริกุล ป.พย.^{1*}

Chalalai Narissirikul, Dip in N.EQU BN.^{1*}

¹กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 71000

¹Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Mueang Kanchanaburi District, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): chalanaja1234@hotmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ

วิธีการศึกษา: ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ เก็บข้อมูลจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจำนวน 1 ราย โดยใช้หลักกระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนการดำเนินการมีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยพยาบาล แผนงานและการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปเขียนเป็นเอกสารวิชาการ ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - ตุลาคม 2566

ผลการศึกษา: ชายไทย อายุ 27 ปี ได้รับการวินิจฉัย fracture left 6th-8th ribs, left hemothorax, left diaphragmatic rupture, liver injury, fracture T12 with spinal cord injury ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง คือ exploratory laparotomy with repair diaphragm และ open reduction with pedicle screws T10-L2 การวางแผนการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะก่อนผ่าตัด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการมีเลือดออกภายในช่องท้องและในเยื่อหุ้มปอดผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และกลัวอันตรายต่อชีวิต 2) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมกระบังลมมีโอกาสเลือดออกซ้ำเกิดภาวะช็อกซ้ำหลังผ่าตัด เนื่องจากขณะผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำเป็นปริมาณมาก และผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างปลอดภัยจนจำหน่ายกลับบ้าน ได้แก่เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ การจัดการความปวด การสอนแนะนำการฟื้นฟูสภาพร่างกายรวมระยะเวลาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน

ข้อเสนอแนะ: การดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลโดยต้องมีส่วนร่วมด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บ ที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค ภาวะแทรกซ้อน

ที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมเพื่อสร้างระบบความปลอดภัยให้กับผู้ป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ, เลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอด, การบาดเจ็บที่ตับ

Abstract

Objectives: To study of nursing care for multiple trauma patients with hemothorax and liver injury

Methods: This is a study of nursing care of patients in the trauma surgery in Phaholpolpayuhasena Hospital: one multiple trauma patient with hemothorax and liver injury. Data was collected from medical records, interviews, and observation. Data was collected between July-October 2023. Data was analyzed to define nursing diagnosis, nursing practice, evaluation and summary.

Results: Thai male, age 27 years, diagnosed with fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, left diaphragmatic rupture, liver injury, fracture T12 with spinal cord injury. The patient received intercostals drainage of his left lung and underwent two surgeries: exploratory laparotomy with repair diaphragm and open reduction with pedicle screws T10-L2. Nursing planning was divided into three phases including 1) preoperative phase: risk of shock from having bleeding within the abdominal cavity and pleura; the patient, and relatives worried and afraid of harm to his lives. 2) the first 24 hours after surgery phase: there is a risk of tissue depletion of oxygen due to gas exchange. Dropped from a pleural bleed and had surgery to repair his diaphragm. There is a chance of repeated bleeding. Repeated shock after surgery .This is because during surgery the patient was in shock from the loss of a large amount of blood and water and the patient was uncomfortable from the pain of the surgical wound and 24 hours after surgery receive continued care safely until sold back home. Including watching out for infections, Pain management, teaching and guidance for physical rehabilitation. Total length of stay in hospital is 35 days.

Recommendations: For the treatment of multiple trauma patients, nurses play an important role in the care process that they should have competency in surgical nursing, understand the pathology, progression of disease, and its complications; and be able to assess multiple trauma patients in order to make a decision timely and define accurate and comprehensive nursing diagnosis that would improve a safety system for patients and their quality of life.

Keywords: Nursing, Multiple trauma patients, Hemothorax, Liver injury

บทนำ

การบาดเจ็บหลายระบบ (multiple trauma) หมายถึงการบาดเจ็บที่รุนแรงที่เกิดขึ้นกับอวัยวะระบบเดียวหรือหลายระบบพร้อม ๆ กัน เป็นการบาดเจ็บจากแรงกระแทกภายนอกทำให้อวัยวะได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปส่งผลกระทบต่อชีวิต⁽¹⁾ การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต และระบบประสาททางานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือเสียชีวิตจากการการติดเชื้อ หรือระบบการทำงานของร่างกายทั้งหมดล้มเหลว⁽²⁾

ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ เมื่อร่างกายได้รับการบาดเจ็บจะส่งผลกระทบต่อเนื้อเยื่อหรือเซลล์ของร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บนั้นด้วย ซึ่งขึ้นกับกลไกของการบาดเจ็บของอวัยวะนั้น ผลกระทบจากการบาดเจ็บหลายระบบ แบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือผลกระทบต่อร่างกายทั่วไป ผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ ผลกระทบทางด้านจิตสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณผลกระทบต่ออวัยวะเฉพาะที่ได้แก่

1. การบาดเจ็บที่ทรวงอก ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ ส่วนมากจะมีการบาดเจ็บที่ทรวงอกร่วมด้วย การบาดเจ็บที่ทรวงอกนั้นจะมีผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนโลหิตและการหายใจ ภาวะผิดปกติที่พบได้บ่อยใน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บที่ทรวงอก ได้แก่ การบาดเจ็บของซี่โครงและปอด ส่วนใหญ่เกิดจากแรงกระแทกหรือวัตถุไม่มีคม (blunt trauma) มักทำให้กระดูกซี่โครงหักหนึ่งหรือหลายซี่ได้ ซึ่งอาจทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อปอดและเส้นเลือด ทำให้มีเลือดหรือทั้งเลือดและลมออกในช่องเยื่อหุ้มปอด (hemothorax, pneumothorax or hemopneumothorax) หรือเกิดการฉีกขาดของหลอดลม หรือหลอดอาหารได้หรือถ้าเกิดร่วมกับกระดูกหน้าอกหัก ผนังทรวงอกส่วนนั้นจะเคลื่อนไหวยุบ เข้าและโป่งออกเมื่อหายใจออกและถ้าเกิดกับซี่โครงส่วนล่างอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ตับ ไต หรือม้ามร่วมด้วย⁽³⁾

2. การบาดเจ็บของช่องท้อง การบาดเจ็บบริเวณช่องท้องเกิดได้ทั้งจากการบาดเจ็บจากแรงกระแทกหรือวัตถุ ไม่มีคม (blunt trauma) มักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์หรือตกจากที่สูง ซึ่งมีผลทำให้หน้าท้องถูกกระแทก และเกิดจากการบาดเจ็บที่ถูกการทิ่มแทง (penetrating trauma) สำหรับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บในช่องท้องที่พบบ่อย ได้แก่ ม้าม ตับ ตับอ่อน และการบาดเจ็บของอวัยวะเหล่านี้จะทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่พบในผู้ป่วยที่รู้สึกตัวอาจบ่งบอดท้องและร้าวไป สะบักหรือไหล่ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งของอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ในรายที่เสียเลือดมากอาจเกิดภาวะช็อกได้จากการมีเลือดออกในช่องท้อง⁽⁴⁾

3. การบาดเจ็บที่ศีรษะและไขสันหลัง การบาดเจ็บหลายระบบอาจมีผลต่อการบาดเจ็บของศีรษะและไขสันหลังร่วมด้วย สาเหตุของการบาดเจ็บที่ศีรษะเกิดได้จากหลายประการ เช่น ตกจากที่สูง หกล้มศีรษะกระแทกพื้นถูกทำร้ายร่างกายและที่พบบ่อยที่สุด คือ จากอุบัติเหตุยานพาหนะ สมอที่ที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นสาเหตุของการตายที่พบบ่อยที่สุด ปัญหาที่ทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในผู้ป่วยได้แก่ ภาวะหายใจลำบาก

(respiratory distress) ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (hypovolemic shock) และภาวะสมองได้รับบาดเจ็บรุนแรง (severe head injury)

4. การบาดเจ็บของกระดูกและข้อ การบาดเจ็บของกระดูกและข้อเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ มักเกิดร่วมกับอันตรายต่อเนื่องใกล้เคียง ผู้ป่วยจะมีการเจ็บปวดบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ แบบทันทีทันใดกดเจ็บ บวม และสีผิวบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมีการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้ขึ้นกับความรุนแรงของอุบัติเหตุที่ได้รับการบาดเจ็บของกระดูกและข้อที่ต้องคำนึง คือ การหักของกระดูกเชิงกรานและกระดูกต้นขา อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ จากการเสียเลือดหรือจากการบาดเจ็บของอวัยวะภายใน และอาจทำให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บสูญเสียหน้าที่อย่างถาวร จากเส้นเลือดเส้นประสาทที่อยู่ส่วนปลายถูกกด⁽⁵⁾ เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบ คือการช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษาเบื้องต้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาลและต้องมีสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรคการดำเนินของโรคภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ และจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตโดยไม่สมควรได้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บโดยตรงจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาบาดเจ็บหลายระบบเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบที่มีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและบาดเจ็บที่ตับ เก็บข้อมูลจากประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยจำนวน 1 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอน การดำเนินการมีการประเมินสภาพสุขภาพของผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน วิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาการพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยพยาบาล แผนงานและการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล และสรุปเขียนเป็นเอกสารวิชาการ ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2566 - ตุลาคม 2566แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁶ เฉพาะแบบแผนที่มีปัญหาและการตรวจร่างกายที่ผิดปกติ

ผลการศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ โสด

อาการสำคัญ หายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง 3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลขับรถยนต์ชนต้นไม้ หายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลชุมชนพบ left hemothorax ใส่ท่อ intercostal drainage (ICD) ขนาด 32 Fr ลึก 10 cm ได้ลมและมี content เป็นเลือด 50 มิลลิลิตรผล focus assessment sonography in trauma (FAST) พบ positive at hepatorenal recess, GCS: E2V5M6 pupils 2 mm react to light both eyes (RTL BE) แพทย์ให้ดื่มน้ำดอาหาร acetate Ringer's solution 1,000 mL IV load then IV drip 120 mL/hr ใส่สายสวนปัสสาวะและส่งต่อมาโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต/ในครอบครัว

โรคประจำตัว ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินร่างกายตามระบบ

1. ลักษณะทั่วไป: รูปร่างสมส่วน ผิวเหลือง รู้สึกตัวดี
2. สัญญาณชีพ: อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 116 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68 มิลลิเมตรปรอท
3. ระบบประสาท: GCS: E3V5M6 pupils 3 mm react to light both eye (RTLBE)
4. ผิวหนัง: มีรอยถลอกที่แก้มด้านซ้าย รอยขีดบริเวณหน้าอกด้านบน แผลเย็บที่ขาซ้าย
5. ศีรษะและใบหน้า: ตาด้านซ้ายบวมซ้ำ แก้มด้านซ้ายบวม
6. ทรวงอกและทางเดินหายใจ: หายใจเหนื่อยหอบการหายใจ 28 ครั้ง/นาที on intercostals drainage (ICD) ข้างซ้ายชนิด 2 ขวด on oxygen mask with bag 10 LPM
7. ช่องท้องและทางเดินอาหาร: หน้าท้อง แข็งตึง ปวด กดเจ็บบริเวณท้องด้านซ้ายบน (left upper quadrant)
8. กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนทั้ง 2 ข้าง motor power grade 5 ขา 2 ข้างขยับไม่ได้ขาขวา motor power grade 2 ขาซ้าย motor power grade ตรวจกล้ามเนื้อหูรูดรอบบริเวณทวารหนัก พบ loose sphincter tone

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ที่ผิดปกติได้แก่

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยมีการรับรู้และเข้าใจภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเอง การเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต การทำงาน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญผู้ป่วยดื่มเหล้าบางครั้ง ไม่สูบบุหรี่ รับประทานอาหารเป็นเวลา วันละ 3 มื้อ ที่โรงพยาบาลแพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหาร ให้ acetate Ringer's solution 1000 mL IV drip 80 mL/hr หลังผ่าตัดอาการดีขึ้นผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ตามปกติ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้งและปัสสาวะได้ปกติ วันละ 4-5 ครั้ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง 8 วันสามารถถอดสายสวนปัสสาวะได้และผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเองเมื่ออยู่โรงพยาบาลได้รับการผ่าตัด open reduction with pedicle screw T10-L2 การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงในกิจกรรมส่วนใหญ่ต้องให้เจ้าหน้าที่หรือญาติผู้ดูแลช่วย

แบบแผนที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในโรคที่เป็นกลัวไม่หาย กลัวการผ่าตัด กลัวเดินไม่ได้ ทำให้การพักผ่อนนอนหลับไม่เพียงพอ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ผู้ป่วยคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้เกิดจากความประมาทหลังผ่าตัด open reduction with pedicle screw T10-L2 ผู้ป่วย รู้สึกกังวลกับการเดินไม่ได้ ต้องมีคนคอยดูแลกังวลภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไป ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาแต่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียดการเจ็บป่วยครั้งนี้สามารถปรับตัวได้และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC and coagulation test

1 กรกฎาคม 2566: HCT 43.2%, white blood count 16,970 / μ L (neutrophil 83%, lymphocyte 12%, monocyte 5%, eosinophil 0%, basophil 0%), PLT 330,00/ μ L, PT 13.6 sec, PTT 23.6 sec INR 1.1 แปลผลค่า white blood count และ neutrophil สูงกว่าปกติ

5 กรกฎาคม 2566: HCT 32.2%, white blood count 5,960/ μ L (neutrophil 78%, lymphocyte 9%, monocyte 8 %, eosinophil 4%, basophil 1%), PLT 141,000/ μ L แปลผลค่า white blood count และ neutrophil ลดลงสู่ค่าปกติ

Biochemistry

1 กรกฎาคม 2566: BUN 9.6 mg/dL, creatinine 0.99 mg/dL, GFR 125.23 mL/min/1.73 m², sodium 140 mmol/L, potassium 3.8 mmol/L, chloride 107 mmol/L, carbon dioxide 17 mmol/L แปลผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

การตรวจทางจุลวิทยา

19 กรกฎาคม 2566: ผลการตรวจGram stain ปลายสาย Redivac drain พบ moderate white blood cell, few epithelial cells.

22 กรกฎาคม 2566: ผลการเพาะเชื้อปลายสาย Redivac drain พบ few Acinetobacter baumannii complex, moderate Pseudomonas aeruginosa.

ผลการตรวจทางรังสีวิทยา (1 กรกฎาคม 2566)

ผลเอกซเรย์ปอด: fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax

ผลสแกนคอมพิวเตอร์ช่องท้อง: liver injury grade III, left diaphragmatic rupture with herniation of stomach, jejunum, small bowel mesentery in left hemothorax with total collapsed LLL, causing shifting of the mediastinum to the right, left intercostals drainage (ICD) passing through the herniation small bowel mesentery tip in mid hemothorax, not in pleural space, fracture T12

การวินิจฉัยโรค fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, left diaphragmatic rupture, liver injury, fracture T12 with spinal cord injury

การผ่าตัด 1. exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 2. open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนผ่าตัด 2) ระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และ 3) ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อกจากการมีเลือดออกภายในช่องท้องและในเยื่อหุ้มปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ประวัติไข้บรรณยนต์ชันตันไม่มีรอยถลอกบริเวณหน้าอกและท้องเจ็บท้องด้านขวาฝั่งปอดพบ decrease breath sound ปอดขวา on intercostals drainage (ICD) ได้ลมและเลือด

2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการกระสับกระส่าย มีอาการปวดท้อง ท้องแข็งตึง

3. ผลสแกนคอมพิวเตอร์ช่องอกและช่องท้องพบ left diaphragmatic rupture with herniation of stomach, jejunum, small bowel mesentery in left hemithorax with total collapsed, liver injury (AAST grade III) ผลเอกซเรย์ปอดพบ left lung hemothorax

4. อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 116-128 ครั้ง/นาที การหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68-139/70 มิลลิเมตรปรอท HCT 40%

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากมีเลือดออกในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีภาวะบาดเจ็บที่กะบังลม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเอกซเรย์ปอดพบ left lung hemothorax, fracture posterior left 6th-8th ribs ผลสแกนคอมพิวเตอร์ช่องอกและช่องท้อง left diaphragmatic rupture with herniation of stomach, jejunum, small bowel mesentery in left hemithorax with total collapsed, liver injury (AAST grade III) ผลเอกซเรย์ปอดพบ left lung hemothorax

2. หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที ชีพจร 116-128 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/68-139/70 มิลลิเมตรปรอท

3. on intercostal drainage (ICD) ออกด้านซ้าย มี content สีแดง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่กระสับกระส่าย ไม่มี cyanosis

2. ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง

3. SpO₂ > 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกายโดย on O₂ mask with bag 10 LPM

2. monitor EKG ติดตามการทำงานของหัวใจและ SpO₂ > 95%

3. ดูแลการทำงานของ intercostal drainage (ICD) ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดย ดูแลให้อยู่ในระบบปิดตรวจสอบข้อต่อ intercostal drainage (ICD) ข้อต่อและจุดที่ต่อกับสายแน่นไม่รั่วประเมิน subcutaneous emphysema

4. สังเกตอาการ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว

5. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน

การประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่ายเป็นพัก ๆ ยังมีการปวดท้อง ท้องแข็งตึง สัญญาณชีพผิดปกติ ความดันโลหิต 142/90-149/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 118-120 ครั้ง/นาที หายใจไม่สม่ำเสมอ 28-30 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1.3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวล และกลัวอันตรายต่อชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงความวิตกกังวล ตกใจ ถาม “หลังผ่าตัดจะเป็นอันตรายหรือไม่”

2. ผู้ป่วยและมารดามีสีหน้าหม่นหมองวัตถุประสงค์ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง ดูแลด้านจิตใจ โดยการพูดคุย ปลอบโยนให้กำลังใจ

4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและสุขสบายขึ้น พักผ่อนได้

5. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถโดยใช้มือข้างที่ไม่บาดเจ็บประคองบริเวณ แผลผ่าตัด เพื่อช่วยลดการเกร็งกล้ามเนื้อหน้าท้องดูแลไม่ให้อุปกรณ์ต่าง ๆ ดึงรั้งให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล

6. สอนการไออย่างถูกวิธี โดยใช้มือประคองแผลผ่าตัดและหายใจเข้าลึก ๆ ซ้ำ ๆ ผ่านทาง จมูก และหายใจออกช้า ๆ ผ่านทางปาก จำนวน 5 ครั้ง ในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้ายให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอ ออกมาจากส่วนลึกของลำคอ 1-2 ครั้ง เป็นการช่วยขับเสมหะออกมาและลดการสำลักของบาดแผลใช้มือ ประคองแผลทุกครั้ง

7. ดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แขนงอก ประเมินพฤติกรรมแสดงความรู้สึกเจ็บปวด pain score หลังให้ยาและการ พยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยนอนพักได้ ไม่มีอาการกระสับกระส่าย หน้ามืดวิงเวียน pain score เท่ากับ 3-4 ซีกพร 90-98 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

2.2 การพยาบาลหลังผ่าตัด open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2.2.1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกต่ำหลังผ่าตัด เนื่องจากขณะผ่าตัด เกิดภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดและน้ำมาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ในระหว่างการผ่าตัด เสียเลือดในห้องผ่าตัด 2,000 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำในห้องผ่าตัด PRC 3 units, FFP 4 units, PLT concentrate 10 units, Gelofusine® 500 mL, acetate Ringer's solution 1,400 mL สัญญาณชีพในห้องผ่าตัดซีกพร 100-120 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตต่ำเป็นช่วง ๆ ความดันโลหิต 80/40-80/60 มิลลิเมตรปรอท

2. HCT29%

วัตถุประสงค์ เพื่อปลอดภัยจากภาวะช็อกต่ำจากการเสียเลือดหลังการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี เปลือกตาไม่ซีด Hct>30%

2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น

3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

3. ผลเอกซเรย์ปอดพบ fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, on intercostal drainage (ICD) left lung

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจไม่เหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis
2. ฟังเสียงลมเข้าปอดชัดเจนทั้งสองข้าง ปอดขยายได้ดีเท่ากันทั้งสองข้าง
3. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที SpO₂>95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพิ่มปริมาณออกซิเจนให้แก่ร่างกายโดย on oxygen mask with bag 10 LPM
2. monitor EKG เพื่อติดตามการทำงานของหัวใจ
3. ดูแลการทำงานของ intercostal drainage (ICD) ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพโดยดูแลให้อยู่ในระบบปิด, ตรวจสอบข้อต่อ intercostal drainage (ICD) ตรวจสอบระดับน้ำในขวดที่ 2 (under water seal) ให้แท่งแก้วอยู่ใต้น้ำ 2-3 cm, ข้อต่อและจุดที่ต่อกับสายแน่นไม่รั่ว, รูดบีบสายทุก 8 ชั่วโมง, ประเมิน subcutaneous emphysema

4. สังเกตอาการ และอาการแสดง ของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด

5. ติดตาม SpO₂ ให้ >95% เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย

6. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจนอย่างใกล้ชิด ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด

7. ประเมินอาการปวดและดูแลให้ยาแก้ปวด morphine 3 mg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอกเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวด หายใจได้ดีขึ้น

8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอเพื่อลดการใช้ออกซิเจน โดยทำกิจกรรมพยาบาลในคราวเดียวกัน และให้ญาติเยี่ยมตามความเหมาะสม

การประเมินผล ผู้ป่วย on oxygen mask with bag 10 LPM มีอาการทุเลาเหนื่อยหอบ ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีภาวะ cyanosis อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที SpO₂ 98%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน (deep venous thrombosis) และอุดตันของก้อนไขมันในหลอดเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ตมยาสลบแบบทั่วร่างกาย ใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง
2. หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอาการปวด บวม แดง ร้อนที่ขาทั้งสองข้าง
2. คลำพบชีพจร บริเวณ femoral artery, popliteal artery, dorsalis pedis artery ได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วย หากพบความผิดปกติ เช่น ค่าออกซิเจนในเลือดลดลง EKG เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ คลำชีพจรบริเวณ femoral artery popliteal artery, dorsalis pedis artery ไม่พบ ให้รีบรายงานแพทย์

2. พยาบาลคอยดูแลให้ผู้ป่วยขยับขา หรือดูแลขาสูงหากมีอาการบวมของขา

3. สังเกตอาการปวด บวม แดง ร้อนของแขนและขาของผู้ป่วย หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์

การประเมินผล ไม่พบอาการปวด บวม แดง ร้อนของแขนและขาของผู้ป่วย คลำชีพจรบริเวณ femoral artery popliteal artery, dorsalis pedis artery ได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.3 มีการติดเชื้อที่บาดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดและมีโอกาสเกิดการติดเชื้อเพิ่ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการผ่าตัด exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 และ open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566

2. แผลผ่าตัดบริเวณแนว midline มีเลือดซึมเล็กน้อย

3. อุณหภูมิร่างกาย 38.3-39 องศาเซลเซียสชีพจร 98-110 ครั้ง/นาที (หลังผ่าตัด 3-4 วันแรก)

4. ผลเพาะเชื้อปลายสาย Redivac drain (22 กรกฎาคม 66) พบ few Acinetobacter baumannii complex, moderate Pseudomonas aeruginosa

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อแผลผ่าตัดและไม่เกิดติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นแผลผ่าตัดไม่บวมแดงร้อนไม่มี discharge ซึม ไม่มีไข้ (อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส) CBC: WBC 5,000 -10,000/ μ L

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะบาดแผล ขอบแผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge เป็นหนอง ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินดูลักษณะบาดแผล สังเกตลักษณะของ discharge ทุกครั้งที่ทำแผล รอยบวมแดง

2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งและทำแผลโดยยึดหลักปราศจากเชื้อ

3. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงประเมินภาวะติดเชื้อที่แผล

4. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลบาดแผล ระวังไม่ให้แผลเปื่อยน้ำ ไม่ใช้มือหรือวัตถุสิ่งของ
ถูกต้องบริเวณบาดแผล

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ รักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เพื่อลดการติดเชื้อ

6. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ประเภทโปรตีน และมีวิตามินซีสูง เพื่อส่งเสริม
การหายของแผล

7. ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา คือ meropenem 1 gm IV q 8 hr และ ciprofloxacin
(500mg) 1x2 PO pc เป็นระยะเวลา 14 วัน และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คลื่นไส้ อาเจียน

การประเมินผล ผู้ป่วยดูแลบาดแผลได้อย่างถูกต้อง แผลผ่าตัดหน้าท้อง รอบแผลไม่มีอีกเสบ
บวมแดง หลังผ่าตัด 10 วัน ตัดไหมแผลผ่าตัดบริเวณหลังดี อุณหภูมิร่างกาย 36.9-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร
98-110 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.4 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการคาสายสวน
ปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน คาสายสวนปัสสาวะตั้งแต่แรกรับ เป็นเวลา 10 วัน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-
37.4 องศาเซลเซียส CBC: WBC 5,000-10,000/ μ L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ เข้า-เย็น
2. สังเกตลักษณะปริมาณและสีของปัสสาวะบันทึกปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและปัสสาวะที่
ออกทุก 8 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำเพียงพอับความต้องการอย่างน้อยวันละ 2000 มิลลิลิตร/วัน
4. บันทึกสัญญาณชีพ ประเมินอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด งดรองรับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะและเช็ดทำ
ความสะอาดท่อปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งก่อนและหลังท่อปัสสาวะออกจากถุง

การประเมินผล ถอดสายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง 8 วัน ไม่มีการติดเชื้อ
ระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.5 ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

ข้อมูลสนับสนุน on intercostal drainage (ICD) left lung

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

เกณฑ์การประเมินผล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลการทำงานของท่อระบายทรวงอกให้อยู่ในระบบปิด สังเกตการกระเพื่อมขึ้นลงของระดับน้ำในหลอดแก้วตามการหายใจเข้าออกของผู้ป่วย จัดวางให้ตำแหน่งของภาชนะที่รองรับเลือดหรือลมอยู่ต่ำกว่าระดับทรวงอกเสมอ และจัดสายไม่ให้ห้อยย้อยมากเกินไปเพื่อให้การระบายได้ดี

2. แนะนำการใช้เข็มหนีบ (clamp) แก่ผู้ป่วย ในกรณีขจัดตกแตก เพื่อป้องกันอากาศไหลเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด ในกรณีที่ท่อระบายทรวงอกหลุดให้รีบใช้ Vaseline gauze ปิดทับและปิดด้วยผ้าก๊อช และรายงานแพทย์ทราบ

3. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกบริหารการหายใจ (breathing exercise) ทุก 2-3 ชั่วโมง

การประเมินผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อระบายทรวงอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.6 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุนมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวให้ absolute bed rest และจำกัดการเคลื่อนไหว ลูกนั่งช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนทั้ง 2 ข้าง motor power grade 5 motor power ขาข้างขวา grade 2 ขาข้างซ้าย grade 1

วัตถุประสงค์ เพื่อคงไว้ซึ่งความแข็งแรงของผิวหนัง ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีแผลกดทับขณะที่ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนให้นอนหงายศีรษะสูง 30 องศา พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงไขหัวเตียงศีรษะสูงไม่เกิน 60 องศา

2. ดูแลนอนที่นอนลม จัดผ้าปูที่นอนและผ้ารองตัวผู้ป่วยให้เรียบตึง และแห้งสะอาดพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

3. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วย การยกตัว ผู้ป่วย หรือใช้แผ่นเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายและใช้ผ้ายกตัว

4. ทำความสะอาดผิวหนังด้วยความนุ่มนวลทาโลชั่นหรือน้ำมันมะกอกหลังอาบน้ำเพื่อป้องกันผิวแห้งภายหลังการขยับย้าย ทำความสะอาด ขัดผิวหนังให้แห้ง และทาเคลือบผิวหนังบริเวณกัน สะโพก และขาหนีบด้วยวาสลีนโลชั่น

5. ประเมินสภาพผิวหนัง ทุกครั้งขณะเช็ดตัวหรือพลิกตะแคงตัวและลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังและลงบันทึกทุกวันในแบบเฝ้าระวังและบันทึกทางการพยาบาลเมื่อพบแผลกดทับ

6. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาพของผิวหนัง ในการรับ-ส่งเวรฝึกทักษะแก่ญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยมีร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับขณะที่ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.7 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเนื่องจากขา 2 ข้างอ่อนแรง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุ

ข้อมูลสนับสนุน ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนทั้ง 2 ข้าง motor power grade 5 motor power ขาข้างขวา grade 2 ขาข้างซ้าย grade 1

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดึงไม้กันเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้างทุกครั้งตรวจสอบความแข็งแรงของไม้กันเตียง ถ้ามีการเลื่อนหลุดต้องรีบแก้ไข
2. มีญาติอยู่ข้างเตียงตลอดเวลา จัดเครื่องใช้ต่าง ๆ ไว้ด้านที่ผู้ป่วยสามารถหยิบเองได้สะดวก
3. ส่งปรึกษาแผนกกายภาพบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยฝึกการดูแลตนเองและการใช้อุปกรณ์ เช่น รถนั่ง walker
4. กระตุ้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและสอนญาติให้มีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างปลอดภัย

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีบาดแผลเกิดขึ้นที่ใดของร่างกาย ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุตกเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3.8 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้การปฏิบัติตนเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและญาติซักถามอาการอาการจากพยาบาลทุกครั้งเมื่อเข้าเยี่ยม

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนได้

กิจกรรมพยาบาล ปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก DMETHOD

1. ประเมินความต้องการประเมินความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านอธิบายถึงสาเหตุของโรคที่ของผู้ป่วย ซึ่งจะได้นำไปปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง
2. แนะนำในการรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา
3. แนะนำ เรื่องการพักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดี
4. แนะนำการออกกำลังกายกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง งดยกของหนัก หรือเล่นกีฬาที่ต้องใช้แรงกระแทก 3 เดือน

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรสังเกตและรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด

6. แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเพื่อลดอุบัติเหตุทางท้องถนนที่ปลอดภัย
7. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ

การประเมินผล ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี 3 ชั่วโมง ประสบอุบัติเหตุขับรถชนต้นไม้ 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ปวดท้อง ท้องแข็งตึง จากการตรวจวินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์ปอดและสแกนคอมพิวเตอร์ช่องท้อง-ช่องอกพบ fracture posterior left 6th-8th ribs, left hemothorax, liver injury grade III, left diaphragmatic rupture และ fracture T12 ได้รับการรักษาโดยการใส่ left intercostals drainage (ICD) จากโรงพยาบาลชุมชน ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้งคือ exploratory laparotomy with repair diaphragm เมื่อ 1 กรกฎาคม 2566 และ open reduction with pedicle screws T10-L2 เมื่อ 3 กรกฎาคม 2566 ในระยะก่อนผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะช็อกจากการเสียเลือด เฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน และได้รับการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลเนื่องจากการกลัวอันตรายต่อชีวิตจากการบาดเจ็บ

24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดครั้งแรกผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดการบรรเทาอาการปวดแผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลงสามารถพักผ่อนได้ ในการผ่าตัดครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดมากจากการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับสารน้ำ เลือด และสารประกอบของเลือดทดแทนเพื่อแก้ไขภาวะช็อกและป้องกันภาวะช็อกซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ได้รับการดูแลรักษาเพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกซ้ำ สามารถพักผ่อนได้

หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพ โดยได้รับการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดและการป้องกันการติดเชื้อซ้ำการป้องกันการเกิดภาวะติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคาท่อระบายทรวงอก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนานและการจำกัดการเคลื่อนไหว การดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพร่างกายการทำกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนและขา การฝึกการหัดเดินโดยใช้ walker และได้รับการสอนให้คำแนะนำและฝึกทักษะเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย

ผลลัพธ์จากการดูแลรักษาพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว เหมาะสม ถูกต้องตามมาตรฐาน จนพ้นภาวะวิกฤตและได้รับการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ผลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และสามารถจำหน่ายเพื่อกลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้าน รวมระยะเวลาที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 35 วัน

อภิปราย

การบาดเจ็บหลายระบบเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็วจากระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบประสาททางานล้มเหลวอย่างเฉียบพลันหรือจากการติดเชื้อสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ได้รับผู้บาดเจ็บเสียชีวิต คือการเสียเลือดอย่างรุนแรง มีทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ สมองได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง เป้าหมายในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบคือ การ

ช่วยให้รอดชีวิต ซึ่งต้องทำโดยเร็วที่สุด⁽⁷⁾ ด้วยการประเมินสภาพและให้การรักษ่าเบื้องต้นอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ⁽⁸⁾ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ที่ถูกต้องและครอบคลุมในการประเมินสภาพผู้ป่วยเพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่สำคัญเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต⁽⁹⁾ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ลดความพิการและอัตราการเสียชีวิตโดยไม่สมควรได้สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรรัตน์ภู่ง⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินพบว่าพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่กำหนด มีความเข้าใจในการประเมินผู้ป่วยที่บาดเจ็บหลายระบบส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการบาดเจ็บในหลายระบบ มีการบาดเจ็บในช่องท้อง ช่องอกและกระดูกสันหลัง มีอาการแสดงของภาวะวิกฤตที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

การได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสมโดยใช้ความรู้ ความสามารถและทักษะการพยาบาลที่รวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐานในการประเมินสภาพผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บในหลายระบบ วินิจฉัย และวางแผนให้การพยาบาล การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ แก้ไขภาวะวิกฤตและการดูแลต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยกรณีศึกษาปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง มีอาการดีขึ้นตามลำดับ และสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปฟื้นฟูสภาพต่อที่บ้านได้ดังนั้นจึงควรมี การประเมินทบทวนระบบกระบวนการพยาบาล การประเมินสมรรถนะพยาบาล และพัฒนาทักษะในการ ปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอเพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทาง ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากการบาดเจ็บหลายระบบเป็นภาวะวิกฤตที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากได้รับการดูแลรักษาอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม ถ้าช้าไม่ทันท่วงทีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการรักษาพยาบาล จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการประเมินผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาและสามารถกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม
2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลมีสมรรถนะในการประเมินภาวะสุขภาพ และสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมองค์รวม และพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. การพัฒนาคุณภาพบริการผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายต้องมีส่วนร่วมพัฒนา ควรมีผู้ประสานความร่วมมือ มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา แนะนำ นิเทศติดตามการปฏิบัติงานของทีมควบคู่กับการพัฒนาสมรรถนะของทีมทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมทั้งพัฒนาระบบสารสนเทศและส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

1. Frink M, Lechler P, Debus F, Ruchholtz S. Multiple Trauma and Emergency Room Management. Dtsch ArzteblInt. 2017;114(29-30):497-503.
2. นวลทิพย์ อีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย, นงลักษณ์พลแสน. ประสิทธิผลการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(2):165-77.
3. Brunicardi F, Brandt M, Andersen D, Billiar T, Dunn D, Hunter J, et al. Schwartz's Principles of Surgery. Ninth Edition. New York: McGraw-Hill; 2010.
4. Nasim Ahmed, Jerome JV. Management of liver trauma in adults: Emergency Trauma Shock. 2011;4(1):114-119.
5. วิรุฬ เหล่าภัทรเกษม. ตำราออร์โธปิดิกส์ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท; 2559.
6. พรศิริ พันธสี. หระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 30. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร; 2566.
7. กาญจนา เซ็นนันท์, อรพรรณ โตสิงห์, ศิริอร สีนธ. การช่วยชีวิตของผู้บาดเจ็บในระยะเร่งด่วนฉุกเฉิน: การวิเคราะห์วรรณกรรม. วารสารสภาการพยาบาล. 2551;23(3):26-39.
8. วิจิตรา กุสุมภ์, ธนินดา ตระการวณิชย์, ภัสพร ขำวิชา, ไพบุลย์ โชตินพรัตน์ภัทร, สุนันทา ครองยุทธ, รัตนา จารุวรรณ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตแบบองค์รวม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพานิชย์; 2560.
9. วิมล อิ่มอุไร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล. 2562;4(1):54-67.
10. สุวรรณ์ ภูเพ็ง. ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. กระบี่เวชสาร. 2565;5(1):27-39.

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของพยาบาลวิชาชีพ
ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา
The Effectiveness of Using SBAR Communication Program
at Phaholpolpayuhasena Hospital (Phahol Electronic SBAR)

พิสมัย เชื้อทอง ป.พย.^{1*}, ชนกานต์ อนันตริยกุล ป.พย.¹

Pissamai Chuatong, Dip in Nursing Science^{1*}, Chanakan Anuntariyakoon, Dip in Nursing Science¹

^{1*} กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี 71000

¹ Department of Nursing, Phaholpolpayuhasena Hospital, Kanchanaburi 71000

*ผู้ให้การติดต่อ (corresponding author): roh2513@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ C ขึ้นไปจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล

วิธีการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 20 คน ใช้วิธีคัดเลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาศึกษาวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2566 - 30 พฤศจิกายน 2566 บันทึกระยะเวลาในการรับและส่งเวร และอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงระดับ C ขึ้นไปก่อนและหลังการใช้โปรแกรม รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้โปรแกรมฯ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที และ incidence rate ratio

ผลการวิจัย: ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลหลังทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (191.50 ± 128.44 และ 174.00 ± 117.03 นาทีต่อวัน; $p=0.046$) หลังทดลองความเสี่ยงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (16.06 และ 0.79 ครั้ง/1,000 วันนอน; $p<0.001$)

สรุป: โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม สามารถเป็นตัวช่วยส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารระหว่างทีมการพยาบาลได้ดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากการส่งเวรที่คลาดเคลื่อน และเพิ่มความปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : การรับและส่งเวรทางการพยาบาล, การสื่อสาร, เอสบาร์

ไม่มีแนวทางในการรับส่งเวชที่ชัดเจน ขาดแบบฟอร์มหรือคู่มือสำหรับการรับส่งเวช ส่งผลให้การรับส่งเวชไม่มีประสิทธิภาพ เกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อน ข้อมูลในการดูแลต่อเนื่องไม่ครบถ้วน อาจทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ กระทบต่อคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยของผู้ป่วย⁽⁵⁾ เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง หากได้รับการแก้ไขไม่ทันเวลาและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด⁽⁶⁾ รูปแบบการสื่อสารของการส่งเวชที่มีประสิทธิภาพจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยลดปัญหานี้ได้ เนื่องจากการสื่อสารที่ชัดเจน ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละรายทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁷⁾

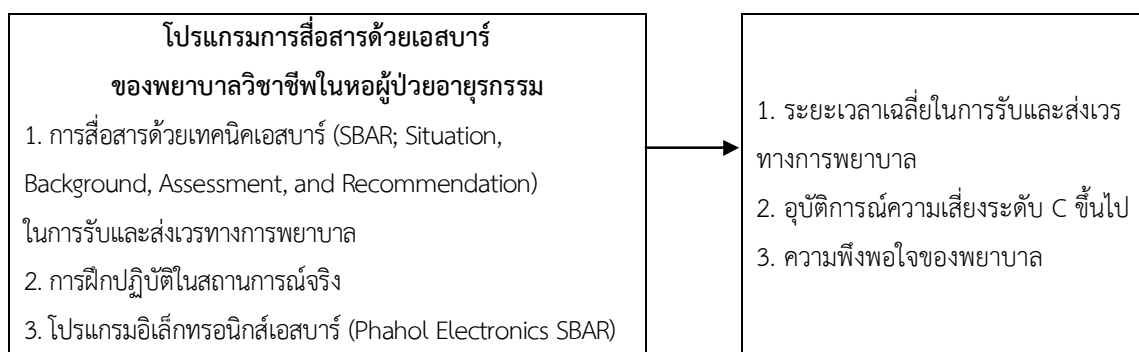
จากสถิติรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการสื่อสารข้อมูลของพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ในปี 2563, 2564 และ 2565 พบจำนวน 368, 378 และ 389 ครั้งตามลำดับ และเกิดอุบัติการณ์ระดับรุนแรงที่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วยแพทย์ต้องทำการรักษาจนถึงระดับที่ผู้ป่วยเสียชีวิต (ระดับ E-I) เช่น unplanned CPR, unplanned ICU จนนำไปสู่การเสียชีวิตของผู้ป่วยในปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 7, 5 และ 6 ครั้งตามลำดับ⁽⁷⁾ จากการทบทวนความเสี่ยงที่เกิดขึ้นพบว่า ส่วนหนึ่งมาจากสมรรถนะเรื่องการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติ ส่วนหนึ่งมาจากการรับส่งเวชขาดความถูกต้อง ส่งต่อข้อมูลไม่ถูกต้อง และไม่ครบถ้วนในประเด็นสำคัญของผู้ป่วยแต่ละราย จากการการนิเทศทางการพยาบาลการสังเกตของผู้วิจัย และสอบถามพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการรับและส่งเวชทางการพยาบาลพบว่า ใช้ระยะเวลาการรายงานเปลี่ยนเวรมากที่สุด 95-120 นาทีต่อผู้ป่วย 25-35 ราย เฉลี่ยรายละ 3-4 นาที จากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่ามีสาเหตุมาจาก 1) ไม่มีรูปแบบการรายงานเปลี่ยนเวรที่เป็นมาตรฐาน 2) ไม่มีแนวทางสื่อสารที่บ่งชี้ว่าข้อมูลใดจำเป็นต้องรายงานเปลี่ยนเวร ทำให้พยาบาลรายงานด้วยความรู้สึส่วนตัวหรือใช้ประสบการณ์ในการรายงาน 3) ข้อมูลที่ได้จากการรายงานไม่มีการเรียงลำดับความสำคัญ ทำให้ข้อมูลไม่ครบถ้วน 4) พยาบาลผู้รายงานไม่ได้เป็นผู้ให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ไม่ทราบข้อมูลที่จำเป็นต้องส่งหรือรายงาน 5) การรายงานเปลี่ยนเวรใช้ระยะเวลานาน และ 6) มีสิ่งรบกวนหรือเสียงรบกวนระหว่างรายงานเปลี่ยนเวร ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ได้แก่ การไม่ได้เตรียมตรวจหรือไม่ได้เก็บสิ่งส่งตรวจ การประเมินติดตามซ้ำไม่เหมาะสมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพลดลง

ปัจจุบันโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี มีนโยบายสนับสนุนให้มีการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการปฏิบัติงาน เพื่อช่วยลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น โดยการลดการใช้กระดาษ (paperless) และลดระยะเวลาในการจดบันทึกในเวชระเบียน เพื่อให้มีเวลาในการให้การดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอกสารในการรับและส่งเวชทางการพยาบาลผ่านแท็บเล็ต เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลทางการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาในการรับและส่งเวช และช่วยลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนที่ก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วย และเพื่อพัฒนาระบบการรับและส่งเวชทางการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์
2. เพื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (one-group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพลพยุหเสนา ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึง 30 พฤศจิกายน 2566 จำนวน 20 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ 2) มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากกว่า 2 ปี เนื่องจากจะสามารถเป็นหัวหน้าเวรและทำหน้าที่ในการรับและส่งเวรได้ และเกณฑ์คัดออกคือ ลาศึกษาต่อ ย้าย หรือลาออก

เครื่องมือการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 4 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบหรือเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบบันทึกเหตุการณ์ความเสียหายที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (ระดับ C ขึ้นไป) จากการรับและส่งเวร
ทางการพยาบาล ได้แก่ วันที่ เหตุการณ์ ระดับความรุนแรง ดังนี้

ระดับ C หมายถึง ความผิดพลาดเกิดขึ้นถึงตัวผู้ป่วยแต่ไม่เป็นอันตราย

ระดับ D หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การดูแลเฝ้าระวังเป็นพิเศษ

ระดับ E หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องให้การรักษา/แก้ไขเพิ่มเติม

ระดับ F หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยและต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น

ระดับ G หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยจนเกิดอันตรายถาวร/พิการ

ระดับ H หมายถึง เกิดความผิดพลาดถึงผู้ป่วยจนเกือบถึงชีวิตต้องทำการช่วยชีวิต

ระดับ I หมายถึง เกิดความผิดพลาดต่อผู้ป่วยจนถึงชีวิต

ชุดที่ 3 แบบบันทึกระยะเวลาในการรับและส่งเวชทางการแพทย์ ครอบคลุมทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก ได้แก่ วันที่ เวลาเริ่มส่งเวช เวลาสิ้นสุดการส่งเวช

ชุดที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล
ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินความพึงพอใจของกรรณิกา ธนโพโรจน์⁽⁸⁾ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น
แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คะแนนจาก 1-5 คะแนนคือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสื่อสารด้วยเทคนิคเอสบาร์ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เอสบาร์ (Phahol Electronics SBAR) ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการรับและส่งเวชระเบียนการพยาบาลให้ใช้งานผ่านแท็บเล็ตร่วมกับกลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ ชื่อ-สกุล เลขเตียง เลขประจำตัวโรงพยาบาล (HN) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติอาการเจ็บป่วยปัจจุบันโดยย่อ ประวัติแพ้ยา ประวัติการรักษาโรคประจำตัว ผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ประกอบด้วย 2 หน้า ได้แก่

หน้าที่ 1 ผู้ป่วยทั้งหมด (patient list) แสดงเตียงผู้ป่วย ชื่อ นามสกุล อายุ HN และปัญหา/อาการ
คงเหลือที่ต้องติดตามเร่งด่วน

หน้าที่ 2 ผู้ป่วยรายบุคคล แสดงวันเวลาที่รับย้าย/รับใหม่ ข้อมูลของผู้ป่วยตามรูปแบบเสบาร์ ดังนี้

S: Situation แสดงรายการสถานการณ์ที่ต้องรายงาน ระบบเหตุผลสั้นๆ เวลาที่เกิดและความรุนแรง

B: Background แสดงรายละเอียดประวัติการเจ็บป่วย ประวัติแพ้ยา อาการสำคัญ กรู๊ปเลือด การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ จนถึงปัจจุบันของผู้ป่วย สัญญาณชีพ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ

A: Assessment แสดงรายละเอียดการประเมินปัญหาและการวางแผนการดูแล

R: Recommendation ข้อเสนอแนะหรือความต้องการของพยาบาลในการรายงาน และรูปแบบการทำงานเป็นระบบอินทราเน็ตของโรงพยาบาล

2. คู่มือการสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการรับและส่งเวชระเบียนทางโรงพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลหลังใช้โปรแกรม

3. แผนการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการรับและส่งเวชระเบียน
ใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลก่อนเริ่มใช้โปรแกรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มเก็บข้อมูลระยะก่อนใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นการรับและส่งเวรทางการพยาบาลแบบเดิมก่อน (ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน ถึง 30 กรกฎาคม 2566) แล้วจึงดำเนินการใช้โปรแกรม (ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม ถึง 30 พฤศจิกายน 2566) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล (pretest)

2. หัวหน้าเวรบันทึกระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มส่งเวรผู้ป่วยรายแรกจนถึงส่งเวรผู้ป่วยรายสุดท้ายเสร็จสิ้น และบันทึกจำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ C ขึ้นไป) จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 60 วัน

๕
ขั้นตอนทดลอง

1. ผู้วิจัยจัดการสอนเชิงปฏิบัติการเรื่องการสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการรับและส่งเวชทางการแพทย์แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคเอสบาร์ วิธีการใช้งานโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เอสบาร์ เปิดโอกาสให้ซักถาม ประเมินความเข้าใจ ใช้เวลา 30 นาที พร้อมทั้งให้คู่มือการรับและส่งเวชทางการแพทย์ด้วยโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เอสบาร์

2. ผู้วิจัยให้พยาบาลวิชาชีพฝึกปฏิบัติ การสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ทั้งเวรเช้า เวรบ่าย และเวรดึก เป็นเวลา 7 วัน โดยผู้วิจัยติดตามให้คำปรึกษาการสื่อสารด้วยเอสบาร์ รวมถึง การใช้งานโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เอสบาร์

3. หัวหน้าเวรบันทึกระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ตั้งแต่เริ่มส่งเวรผู้ป่วยรายแรกจนถึงส่งเวรผู้ป่วยรายสุดท้ายเสร็จสิ้น และบันทึกจำนวนเหตุการณ์ความเสี่ยงที่ส่งผลถึงตัวผู้ป่วย (ระดับ C ขึ้นไป) จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 60 วัน

ขั้นประเมินผล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการรับและ
ส่งเวรทางการพยาบาล (posttest)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระยะเวลาการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมโดยใช้การทดสอบค่าทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (dependent t-test)

3. คำนวณอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยสูตร
 อุบัติการณ์ความเสี่ยง = (ผลรวมจำนวนครั้งของการเกิดความเสี่ยง/ผลรวมจำนวนวันนอนในช่วงเวลาเดียวกัน) × 1,000

4. เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่าง
 ก่อนและหลังการใช้โปรแกรม ด้วยการคำนวณ incidence rate ratio (IRR) และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95
 (95% confidence interval: CI)

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพล
 พลพยุหเสนา เลขที่ 2023-15 วันที่รับรอง 15 พฤษภาคม 2566 ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่าง และ
 ได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการ
 เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง 20 ราย (ร้อยละ 100) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 41-50 ปี จำนวน 9 ราย (ร้อยละ
 45.00) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 7-9 ปี และ 28 ปีขึ้นไปอย่างละ 5 ราย (ร้อยละ 25.00) ประสบการณ์
 การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 21 ปีขึ้นไป จำนวน 8 ราย (ร้อยละ 40.00) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=20)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	20	100.00
อายุ		
20-30 ปี	7	35.00
31-40 ปี	1	5.00
41-50 ปี	9	45.00
51 ปี ขึ้นไป	3	15.00
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน		
1-3 ปี	2	10.00
4-6 ปี	1	5.00
7-9 ปี	5	25.00
22-24 ปี	3	15.00
25-27 ปี	4	20.00
28 ปี ขึ้นไป	5	25.00

ตารางที 1 แสดงจำนวนร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N=20) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ประสบการณ์การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร		
1 – 3 ปี	2	10.00
4 – 6 ปี	3	15.00
7 – 9 ปี	4	20.00
10 – 20 ปี	3	15.00
21 ปี ขึ้นไป	8	40.00

ส่วนที 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

ระยะเวลาในการรับและส่งเวร ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 191.50 นาทีต่อวัน (SD=128.44) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 174.00 นาที (SD=117.03) โดยระยะเวลาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 2.67$, $p=0.046$) (ตารางที 2)

ตารางที 2 เปรียบเทียบระยะเวลาเฉลี่ยในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

ระยะเวลาการรับและส่งเวร (นาทีต่อวัน)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	191.50	128.44	2.67	0.046
หลังทดลอง	174.00	117.03		

ส่วนที 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

ก่อนทดลองพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลทั้งหมด 20 ครั้ง โดยระดับ C และระดับ E มากทีสุด จำนวน 7 ครั้ง (อัตรา 5.62 ครั้ง/1,000 วันนอน) และระดับ D จำนวน 5 ครั้ง (อัตรา 4.01 ครั้ง/1,000 วันนอน) และระดับ F จำนวน 1 ครั้ง (อัตรา 0.80 ครั้ง/1,000 วันนอน)

หลังทดลองพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทั้งหมด 1 ครั้งเป็นอุบัติการณ์ระดับ C (อัตรา 0.79 ครั้ง/1,000 วันนอน) เมื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงพบว่า ก่อนการทดลองมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเป็น 20.34 เท่า (95% CI=3.25-842.94) ของหลังการทดลอง (ตารางที 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอุบัติการณ์ความเสี่ยงรุนแรงระดับ C ขึ้นไป จากการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

	จำนวนวันนอน (วัน)	จำนวนอุบัติการณ์ (ครั้ง)	อุบัติการณ์ความ เสี่ยง (ครั้งต่อ 1,000 วันนอน)	IRR (95% CI)	p-value
กลุ่มควบคุม (n=224)	1,245	20	16.06	20.34	<0.001
กลุ่มทดลอง (n=219)	1,266	1	0.79	(3.25-842.94)	

IRR = incidence rate ratio

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

ก่อนทดลอง พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจเฉลี่ย 3.45 คะแนน (SD=0.75) หลังทดลองมีความพึงพอใจเฉลี่ย 3.70 คะแนน (SD=0.57) สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-2.51$, $p<0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์

ความพึงพอใจ (คะแนน)	Mean	SD	t	p-value
ก่อนทดลอง	3.45	0.75	-2.51	<0.001
หลังทดลอง	3.70	0.57		

อภิปรายผล

การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา อภิปรายผลได้ดังนี้

ระยะเวลาเฉลี่ยในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์
พบว่า ลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า การใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ ซึ่งประกอบด้วยการสอนเทคนิคเอสบาร์ และการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง ช่วยทำให้พยาบาลสร้างองค์ความรู้ และมีทักษะการรับและส่งเวรได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูล และการมีกรอบในการสนทนาและส่งต่อข้อมูล ทำให้พยาบาลสามารถจัดระบบของข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนครอบคลุม มีความรวดเร็วขึ้น เป็นไปตามทฤษฎีการสื่อสาร SMCR⁽⁹⁾ ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร (sender) ข่าวสาร (message) สื่อหรือช่องทางในการรับสาร (channel) และผู้รับสาร (receiver) ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อขีดความสามารถของผู้รับและผู้ส่งที่จะทำการสื่อสารความหมายนั้นได้สำเร็จมากน้อยเพียงใด ได้แก่ 1) ทักษะในการสื่อสาร 2) ทักษะคิด 3) ระดับความรู้ 4) ระบบสังคมและวัฒนธรรมและผู้ส่ง (source) ต้องเป็นผู้ที่มีความสามารถ เข้ารหัสเนื้อหาข่าวสารได้ มีความรู้ที่ดีในข้อมูลที่จะส่ง และสามารถปรับระดับให้เหมาะสมสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ ราชคม และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การรับส่งเวรของพยาบาลภายหลังใช้รูปแบบ

เอสบาร์มีคะแนนเฉลี่ยความถูกต้องและความครบถ้วนโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา ธนไพโรจน์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าระยะเวลาในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลหลังใช้โปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากข้อดีของรูปแบบเอสบาร์คือ มีการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยและสถานการณ์สำคัญที่ต้องรายงาน เช่น การวินิจฉัยของแพทย์ อาการสำคัญ และผลการตรวจพิเศษ

อุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ C ขึ้นไป หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ น้อยกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประสบประโยชน์จากการดูแลผู้ป่วยที่มีความหลากหลาย จึงให้ความสำคัญกับความเสี่ยงจากการสื่อสาร ให้ความร่วมมือการดำเนินการวิจัย ทำให้มีความรู้และเข้าใจในการสื่อสารด้วยเอสบาร์ มีการรับและส่งเวรที่ถูกต้องมากขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ความเสี่ยงจากการรับและส่งเวรทางการพยาบาลลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ ราชคม และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าความเสี่ยงทางการพยาบาลหลังการนิเทศการส่งเวรโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR ลดลง ได้แก่ การนัดผู้ป่วยผิดพลาด การปรึกษาต่างแผนกล่าช้า การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาผิดพลาด การเกิดแผลกดทับผิดพลาด และการประเมินซ้ำเรื่องความปวดผิดพลาด และสอดคล้องกับการศึกษาในสหรัฐอเมริกา⁽¹¹⁾ ที่พบว่า การรับส่งเวรของพยาบาลแบบข้างเตียงตามวงจรการพัฒนาคุณภาพ PDCA ของเดมมิ่งและใช้รูปแบบเอสบาร์สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เมื่อส่งมอบข้อมูลการดูแลที่ครบถ้วนตามปัญหาของผู้ป่วยมีความต่อเนื่องในการดูแล และยังสามารถใช้ระยะเวลาการรับส่งเวรทางการพยาบาลได้ภายใน 30 นาที

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการรับและส่งเวรทางการพยาบาล หลังการใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์สร้างขึ้นตามแนวคิดการสื่อสาร บูรณาการร่วมกับกระบวนการพยาบาล และมีการนำใช้เทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการส่งเวร ด้วยโปรแกรมที่โรงพยาบาลพัฒนาขึ้นและใช้งานผ่านแท็บเล็ต ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับและส่งเวรสะดวกขึ้น ทำให้ระยะเวลาการรับและส่งเวร หลังทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวดี ขำปฏี และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่าความถูกต้องและความครบถ้วนของการส่งเวรทางการพยาบาลโดยรวมสูงกว่าก่อนใช้ SBAR ในระบบ HIS อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการสื่อสาร และพยาบาลมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤติยากร อินยา⁽¹³⁾ ที่พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจการรับส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์ เนื่องจากมีรูปแบบในการรับส่งเวรทางการพยาบาลที่ชัดเจนและเป็นไปในแนวทางเดียวกันมากขึ้น จากการสังเกตและสัมภาษณ์พยาบาลระหว่างเก็บข้อมูล พบว่า พยาบาลค่อนข้างพึงพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เนื่องจากการรับส่งเวรทางการพยาบาลเป็นระบบมากขึ้น มีรูปแบบเดียวกัน ทำให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมมากขึ้น ไม่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วย เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นทำให้เกิดคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม ข้อสังเกตอีกประการหนึ่งพบว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีอายุค่อนข้างมาก แต่ก็ให้ความสนใจในการสื่อสารด้วยเอสบาร์ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลผ่านแท็บเล็ต เพื่อเป็นแนวทาง

ในการรับและส่งต่ออาการผู้ป่วย ถึงแม้กระบวนการของโปรแกรมจะมีความซับซ้อน และไม่เคยนำมาใช้มาก่อน แต่กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามทำความเข้าใจและนำโปรแกรมนี้มาใช้ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล เพื่อให้การค้นหาปัญหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น มีการวางแผนร่วมกับแพทย์ผู้รักษาอย่างแท้จริง และสามารถให้การพยาบาลตรงกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง

ข้อจำกัดการวิจัย

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านระยะเวลาทำให้หลังใช้โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ยังพบความเสี่ยงระดับ A (เหตุการณ์ที่มีโอกาสผิดพลาด) และระดับ B (ความผิดพลาดเกิดขึ้นแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย) อยู่

สรุปผล

โปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาให้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งไว้กล่าวคือ ระยะเวลาในการรับและส่งเวรเฉลี่ยลดลง ลดความเสี่ยงจากการส่งเวรที่คลาดเคลื่อน และพยาบาลมีความพึงพอใจมากขึ้น แสดงให้เห็นถึงการรับและส่งเวรอย่างมีประสิทธิภาพ ความถูกต้องในการส่งเวร ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนาควรนำโปรแกรมการสื่อสารด้วยเอสบาร์ไปใช้ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานทั้งองค์กร
2. ควรกำหนดเป็นแผนการนิเทศและติดตามบริการพยาบาลด้านการสื่อสารพยาบาลด้วยเทคนิคเอสบาร์ในการรับและส่งเวรทางการพยาบาล
3. กลุ่มงานสารสนเทศควรนำโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เอสบาร์ไปพัฒนาร่วมกับระบบระบบบริหารจัดการผู้ป่วยใน (IPD paperless) ของโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการอยู่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

ควรต่อยอดในการเพิ่มระบบการบันทึกทางการพยาบาลแบบอิเล็กทรอนิกส์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา ศ.นพ.สมบูรณ์ เทียนทอง และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้โอกาสและให้คำปรึกษาจนกระทั่งงานวิจัยสำเร็จ ขอขอบคุณคุณสุวิน อินเกตุ หัวหน้ากลุ่มงานเทคโนโลยีสารสนเทศที่ช่วยพัฒนาโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์เอสบาร์ และผู้ปฏิบัติงานทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการบันทึกข้อมูล เพื่อใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Stewart KR. SBAR, communication, and patient safety: an integrated literature review. [Honors Theses]. Chattanooga: University of Tennessee; 2016.
2. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). Patient Safety Goals Thailand: SIMPLE Thailand 2018. นนทบุรี: เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล; 2561.
3. Ross J. Developing a better understanding of handoffs. J Perianesth Nurs. 2012;27(5):360-2.
4. Casey A, Wallis A. Effective communication: principle of nursing practice. Nurs Stand. 2011;25(32):35-7.
5. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน). ระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของสถานพยาบาล (HRMS&NRLS) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://hrms163.thai-nrls.org/hrms10731> ปี 2563-2565.
6. Wilson MJ. A template for safe and concise handovers. Med surg Nurs. 2007;16(3):201-6.
7. Sexton A, Chan C, Elliott M, Stuart J, Jayasuriya R, Crookes P. Nursing handovers: do we really need them. J Nurs Manag. 2004;12(1):37-42.
8. กรรณิกา ธนไพโรจน์, สุคนธ์ ไช้แก้ว, สมพันธ์ หิญาธิระนันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2561;14(1):9-24.
9. David K, Berlo. The process of communication. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc; 1960.
10. เสาวนีย์ ราชคม, มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัสวาลังกุล. ประสิทธิภาพของการนิเทศทางการพยาบาลต่อความถูกต้องในการส่งเวรโดยใช้เทคนิคการสื่อสารแบบ ISBAR. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2565;26(1):76-88.
11. Kelly P. Nursing leadership & management. USA: Cengage Learning; 2021.
12. ณัฐวดี ขำปฏี, เบญจภรณ์ ตันจาน. ประสิทธิภาพและความพึงพอใจของการจัดการส่งเวรด้วยรูปแบบ SBAR ในระบบ HIS ของพยาบาลวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2565;19(3):41-52.
13. กฤติยากร อินยา. ผลของโปรแกรมการสื่อสารในการรับและส่งเวรทางการพยาบาลด้วยเอสบาร์งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโคก จังหวัดอุดรดิษฐ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(1):119-129.

ปีที่ 11 ฉบับที่ 33 กันยายน - ธันวาคม 2566

กาญจนบุรีเวชสาร

Kanchanaburi Medical Journal

